

Oldenburg, Kristin

Pädagogische Konzeption einer stationären Wohnform für chronisch
psychisch kranke junge Volljährige unter Trägerschaft der Lebenshilfe
e. V. Regionalvereinigung Oschatz

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Oldenburg, Kristin

Pädagogische Konzeption einer stationären Wohnform für chronisch
psychisch kranke junge Volljährige unter Trägerschaft der Lebenshilfe
e. V. Regionalvereinigung Oschatz

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2012

Erstprüfer: Frau Prof. Dr. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Frau Prof. Dr. Monika Häußler-Sczepan

Bibliographische Beschreibung:

Oldenburg, Kristin:

Pädagogische Konzeption einer stationären Wohnform für chronisch psychisch kranke junge Volljährige unter Trägerschaft der Lebenshilfe e. V. Regionalvereinigung Oschatz. 81 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/ Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2012

Referat:

Die Bachelorarbeit präsentiert eine Vorlage einer Konzeption für die pädagogische Arbeit in einer stationären Wohnform für chronisch psychisch kranke junge Menschen. Als theoretische Grundlage dafür werden die ICF als ganzheitliches Klassifikationsmodell für gesundheitliche Beeinträchtigungen, die Besonderheiten in den Phasen der Adoleszenz und des frühen Erwachsenenalters sowie das Konzept der Selbstbestimmung genutzt und erläutert.

Die vorgelegte pädagogische Konzeption orientiert sich weiterhin an den Ergebnissen einer nicht repräsentativ durchgeführten Befragung mit vorwiegend psychisch beeinträchtigten jungen Menschen zu ihren Vorstellungen vom und Wünsche an eine stationäre Wohnform.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	5
0 Einleitung	6
1 Psychische Erkrankung und die ICF	8
1. 1 Entstehungsgeschichte der ICF	8
1. 2 Die Funktionsweise der ICF	9
1. 3 Psychische Störung im Sinne der ICF	12
1. 4 Rehabilitation psychischer Störungen im Sinne der ICF	14
2 Lebensphase Jugend und frühes Erwachsenenalter	18
2. 1 Definition von „Jugend“ und „frühes Erwachsenenalter“	18
2. 2 Lebensphase Jugend und phasentypische Entwicklungsaufgaben	19
2. 3 Lebensphase frühes Erwachsenenalter und phasentypische Entwicklungsaufgaben	21
2. 4 Besonderheit von psychischen Erkrankungen im Jugendalter	23
2. 4. 1 Besonderheiten von psychischen Erkrankungen im Jugend- und frühem Erwachsenenalter und mögliche Auswirkungen	23
2. 4. 2 Die Schizophrenie als Beispiel einer psychischen Erkrankung	25
2. 4. 2. 1 Phasen und Symptomatik	25
2. 4. 2. 2 Ansätze zur Behandlung der Schizophrenie	26
3 Das Konzept der Selbstbestimmung	29
3. 1 Entstehungsgeschichte und Wurzeln des Empowermentansatzes	29
3. 2 Aspekte des Empowermentkonzeptes	30
3. 3 Die Entwicklung des Konzeptes in Deutschland	31
3. 4 Soziale Arbeit im Spannungsfeld des Empowerment	32
3. 5 Selbstbestimmung im Rahmen der Rehabilitation psychischer Erkrankungen	33
3. 5. 1 Möglichkeiten zur Orientierung am Konzept der Selbstbestimmung	33
3. 5. 2 Besonderheiten des Empowermentansatzes in der Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen	35
4 Pädagogische Konzeption der Wohnstätte	38

4. 1 Allgemeine Grundlagen	38
4. 1. 1 Träger der Einrichtung	38
4. 1. 2 Rechtliche Grundlagen	38
4. 2 Zielstellung der Einrichtung	39
4. 3 Zielgruppe und Rahmenbedingungen für eine Aufnahme	41
4. 4 Wünsche von chronisch psychisch kranken jungen Menschen für die Errichtung einer stationären Wohnform	42
4. 4. 1 Begründung für die Verwendung eines Fragebogens	43
4. 4. 2 Angewandter Fragebogen	43
4. 4. 3 Rahmenbedingungen der Befragung	44
4. 4. 4 Wünsche der potenziellen Bewohner	45
4. 5 Strukturqualität	47
4. 5. 1 Lage der Einrichtung	47
4. 5. 2 Räumliche Bedingungen	48
4. 5. 3 Personelle Bedingungen	48
4. 6 Prozessqualität	50
4. 6. 1 Interne Tagesstruktur	50
4. 6. 2 Externe Tagesstruktur	52
4. 6. 3 Therapeutische Angebote	53
4. 6. 4 Weitere Angebote	54
4. 7 Kooperationspartner	55
4. 7. 1 Zusammenarbeit mit Familie und gesetzlichen Betreuern	55
4. 7. 2 Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen	55
4. 7. 3 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen	56
4. 8 Öffentlichkeitsarbeit	56
5 Schlusswort	58
6 Anhang	60
6. 1 Angewandter Fragebogen	60
6. 2 Auswertung der Befragung	64
6. 3 Mitwirkungsrechte des Werkstattrats gemäß § 5 WMVO	72
7 Literaturverzeichnis	75
8 Eidesstattliche Erklärung	81

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ÄapprO 2002	Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ebd.	ebenda
e. V.	eingetragener Verein
f.	folgende
ff.	fort folgende
ggf.	gegebenenfalls
HeimG	Heimgesetz
HeimpersV	Heimpersonalverordnung
ICD 10	Internationale Klassifikation der Krankheit, 10. Revision
ICF	International Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICIDH	Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
i. V. m.	in Verbindung mit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
m. E.	meines Erachtens
RV	Regionalvereinigung
s.	siehe
S.	Seite
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Sozialgesetzbuch
SGB XII	Zwölftes Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannte
tw.	teilweise

TVG	Tarifvertragsgesetz
u. a.	unter anderem
ÜbereiMmB	Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
u. s. w.	und so weiter
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WfbMs	Werkstätten für behinderte Menschen
WMVO	Werkstättenmitwirkungsverordnung
zit.	zitiert

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Model der ICF	10
Abb. 2: Die Dynamik der Schizophrenie im bio-psycho-sozialen Modell der ICF	13
Abb. 3: Teilnahmeverhalten der Probanden	64
Abb. 4: Geschlechterverteilung der Probanden	64
Abb. 5: Altersstruktur der Probanden	64
Abb. 6: Anwesenheit der Autorin während der Befragung	65
Abb. 7: Anwesenheit eines Betreuers aus der Einrichtung während der Befragung	65
Abb. 8: Auswertung Item 1	65
Abb. 9: Auswertung Item 2	66
Abb. 10: Auswertung Item 3	66
Abb. 11: Auswertung Item 4	66
Abb. 12: Auswertung Item 5	67
Abb. 13: Auswertung Item 6	67
Abb. 14: Auswertung Item 7	67
Abb. 15: Auswertung Item 8	68
Abb. 16: Auswertung Item 9	68
Abb. 17: Auswertung Item 10	68
Abb. 18: Auswertung Item 11	69
Abb. 19: Auswertung Item 12	69
Abb. 20: Auswertung Item 13	69
Abb. 21: Auswertung Item 14	70
Abb. 22: Auswertung Item 15	70
Abb. 23: Auswertung Item 16	70
Abb. 24: Auswertung Item 17	71
Abb. 25: Auswertung Item 18	71

0 Einleitung

Die vorliegende Arbeit präsentiert einen Vorschlag für die pädagogische Konzeption einer stationären Wohnform für chronisch psychisch kranke junge Volljährige. Sie entstand im Auftrag der Lebenshilfe e. V. RV Oschatz. Als Träger der Behindertenhilfe verzeichnete der Verein in den zurückliegenden Jahren eine Zunahme von Klienten mit chronisch psychischen Erkrankungen- sowohl in der trägereigenen Werkstatt für behinderte Menschen, in den internen Wohnstätten und -heimen sowie dem ambulant betreuten Wohnen. Die Gruppe der von diesen Störungen betroffenen Personen stellt einen enormen Gegensatz zum bisherigen Klientel der Lebenshilfe e. V. RV Oschatz dar, welches anfänglich vorwiegend durch geistig behinderte Menschen dominiert war. Psychisch erkrankte Menschen haben andere spezifische Ansprüche an Betreuung, Begleitung und Unterstützung. Dabei fordern sie mehr Selbstbestimmung und Selbstverantwortung als die geistig behinderten Klienten. Betroffene, welche aufgrund ihrer psychischen Störung nicht, noch nicht selbstständig oder noch nicht in einer niederschwellig betreuten Wohnform leben können, werden bei Bedarf zum jetzigen Zeitpunkt in die trägereigenen Wohnstätten und -heime für geistig behinderte Menschen eingegliedert, da ein adäquates Leistungsangebot in der Region Oschatz nicht zu finden ist und vorhandene Angebote bereits ausgelastet sind.

Im Wohnheim für behinderte Kinder und Jugendliche der Lebenshilfe e. V. RV Oschatz ist der Aufbau einer Wohngruppe für Kinder und Jugendliche mit vorwiegend chronisch psychischer Erkrankung geplant. Ziel der Wohngruppe ist es, spezifisch auf die Bedürfnisse der Bewohner einzugehen und ihre Selbstständigkeit besser zu fördern. Diese Arbeit legt nun einen pädagogischen Entwurf für eine Anschlusswohnform vor. Gleichzeitig ist die geplante Wohnform auch offen für vorwiegend psychisch kranke junge Volljährige, welche bspw. nach stationären Klinikaufenthalten der Betreuung in einer stationären Wohnform bedürfen. Die Zielstellung bezieht sich dabei vor allem auf die Vorbereitung der Klienten auf das Leben in niederschwellig betreuten Wohnformen, einer eigenen Wohnung oder bei der eigenen Familie, der (Re)integration in die Gesellschaft sowie die Unterstützung bei alters- und lebensphasentypischen Entwicklungsaufgaben.

Die vorliegende Arbeit ist in vier Teile gegliedert. Im ersten Abschnitt werden psychische Störungen nach den Maßgaben der ICF, einem noch jungen Klassifikationsmodell, welches gesundheitliche Störungen unter verschiedensten Gesichtspunkten beleuchtet und analysiert, betrachtet. Da als Zielgruppe der Wohnform junge Volljährige benannt sind, beschäftigt sich der zweite Teil der Arbeit mit den Lebensphasen Jugend und junges Erwachsenenalter sowie mit phasentypischen Entwicklungsaufgaben. Das Wissen um diese Aufgaben, mögliche Hemmnisse zur Erfüllung und verbreitete gesellschaftliche Reaktionen darauf ist notwendig, um eventuell vorliegende Defizite bei den zukünftigen Bewohnern erkennen und sie in der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben unterstützen zu können. Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Klienten sind im Rehabilitationsprozess psychischer Beeinträchtigungen von enormer Bedeutung. Das Wissen um Möglichkeiten, die künftigen Bewohner im Sinne dieses Konzeptes zu fördern, begründet die theoretische Auseinandersetzung mit diesem Thema im dritten Kapitel der Arbeit. Im Anschluss daran findet sich die pädagogische Konzeption der geplanten Einrichtung.

1 Psychische Erkrankung und die ICF

1. 1 Entstehungsgeschichte der ICF

ICF ist die Abkürzung für „International Classification of Functioning, Disability and Health“¹. Sie wurde im Mai 2001 durch die WHO²-Vollversammlung eingeführt und stellt somit ein noch sehr junges Instrument zur Klassifikation verschiedener Krankheiten dar. Dabei ist sie aus ihrer Vorgängerin, der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“³ (ICIDH, 1980) heraus entstanden. Erkennbar sind hier bereits die begrifflichen Unterschiede: von „Impairments“ (Schädigungen) zu „Functioning“ (Funktionsfähigkeit), von „Disabilities“ (Fähigkeitsstörungen) zu „Disability“ (Behinderung) und von „Handicaps“ (Beeinträchtigungen) zu „Health“ (Gesundheit). Es dauerte also 21 Jahre, bis aus einem vorwiegend schädigungsorientierten medizinischen Klassifikationsmodell ein bio-psycho-soziales Modell entstanden war (vgl. u. a. Rentsch/ Bucher 2006, S. 13 und Schuntermann 2007, S. 12 f.).

Dieser Prozess begann in den 90er Jahren, als die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (SAR) zum ersten Mal die Diskussion um den bio-psycho-sozialen Ansatz der ICIDH entfachte. Diese Auseinandersetzung mit dem geltenden Klassifikationsmodell der WHO führte in Luzern 1994 dazu, dass das Aphasiekonzept unter der Maßgabe betrachtet wurde, dass Menschen mit dieser Sprachstörung nicht nur die medizinische Einschränkung des Sprachfehlers haben, sondern auch in ihren Kommunikationsfähigkeiten, und somit auch auf sozialer Ebene, eingeschränkt sind. Diese Betrachtung führte dazu, dass das Konzept und die zugehörigen Therapieformen grundlegend überarbeitet wurden und ein all umfassenderer Rehabilitationsansatz entstand (vgl. Rentsch/ Bucher 2006, S. 13). Die positiven Erfahrungen mit dem Arbeitsmodell trugen schließlich maßgeblich zur Weiterentwicklung der ICIDH zur ICF bei. Mit der „International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth“⁴

1 International Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

2 World Health Organisation, zu deutsch: Weltgesundheitsorganisation

3 Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen

4 Internationale Klassifikation Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

schließlich, wurde das bio-psycho-soziale Modell der ICF für Kinder und Jugendliche spezifiziert.

In Deutschland befindet sich die ICF noch immer in der Entwicklungs- und Eingliederungsphase. Die deutschsprachige Übersetzung wurde im Oktober 2005 veröffentlicht. Inzwischen ist die ICF fester Bestandteil der ärztlichen Approbationsordnung und wurde bereits ein Jahr nach Einführung des neuen Modells in die Regularien der Ordnung aufgenommen. Demnach gilt der erbrachte Leistungsnachweis im Bereich Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren als verpflichtend für die Zulassung zur ärztlichen Prüfung (§ 27 Abs. 1 Querschnittsbereiche Nr. 12 ÄappRO 2002). Das Konzept hält mehr und mehr Einzug in die Soziale Arbeit. An der Hochschule Mittweida bspw. gehören Lehrveranstaltungen zum Thema ICF zum Curriculum des Bachelor of Arts Soziale Arbeit. Zahlreiche Veranstalter bieten Fortbildungen zum Umgang mit der ICF an. Die in diesem Kapitel beschriebenen Entwicklungen verweisen deutlich auf den enormen Erfolg des noch jungen Konzeptes der WHO.

1. 2 Die Funktionsweise der ICF

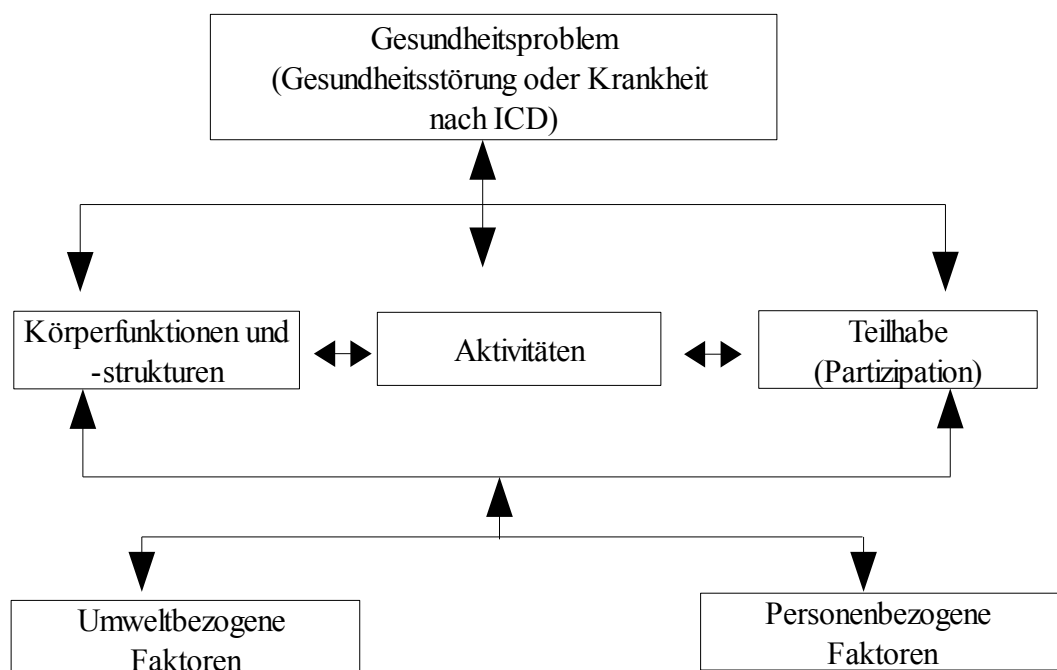
Mit der ICF ist ein neuartiges Modell zur Beschreibung, Therapie und Rehabilitation von Krankheiten entstanden. Es ergänzt die „International Classification of Disability“⁵ (ICD) und erweitert den Zugang zu Krankheiten und Gesundheitsstörungen. Dies bedeutet aber auch, dass „[...] die ICF nur dann angewandt werden [kann], wenn als Ausgangssituation eine Krankheit oder eine andere Gesundheitsstörung im Sinn der ICD vorliegt“ (Schuntermann 2007, S. 12).

Die ICF besteht aus zwei Teilen, den Körperfunktionen und -strukturen sowie den Kontextfaktoren. Jeder dieser beiden Teile vereint zwei Komponenten unter sich. Zum ersten Teil gehören Körperfunktionen und -strukturen sowie Aktivitäten und Teilhabe. Die Kontextfaktoren als zweiter Teil beinhalten die Umweltfaktoren als äußere und die personenbezogenen Faktoren als innere Einflüsse. Jede Komponente kann in verschiedene Domänen unterteilt werden, welche wiederum aus diversen Kategorien bestehen. Anhand dieser Kategorien und den zugehörigen

5 Internationale Klassifikation der Krankheiten

Kodes ist die Klassifikation von Krankheiten und gesundheitlichen Störungen möglich (vgl. DIMDI/ DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.) 2005, S. 16). Die Bewertung der jeweiligen Komponente erfolgt durch das Hinzuziehen von vier Konstrukten. Zugehörig zur Komponente Körperfunktionen und -strukturen ist das Konstrukt Veränderungen in Körperfunktionen und -strukturen; Leistungsfähigkeit und tatsächliche Leistungen tragen zur Bewertung der Aktivitäten und Partizipation bei. Die Kontextfaktoren werden hinsichtlich der Förder- und Barrierefaktoren bewertet. Die Bewertung erfolgt dabei durch sog. Beurteilungsmerkmale⁶ (vgl. ebd., S. 14 ff.)

Ein wesentlicher Bestandteil der ICF ist die Betrachtung von Krankheiten auf verschiedenen Ebenen. Die nachfolgende Darstellung zeigt die möglichen Wechselwirkungen der verschiedenen Komponenten untereinander und wird auch als „bio-psycho-soziales Modell der ICF“ bezeichnet.



(Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF, nach Schuntermann 2007, S. 30 und DIMDI/ DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.)2005, S. 23)

⁶ Als Beurteilungsmerkmal werden die Kodierungen xxx.0 (Schädigung nicht vorhanden) bis xxx.4 (Schädigung voll ausgeprägt) verwendet. Die Kodierungen xxx.8 (nicht spezifizierbar) und xxx.9 (nicht anwendbar) komplettieren die Bewertungsmerkmale.

Im Sinne der ICF sind Körperstrukturen „[...] anatomische Teile [...], wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile“ (DIMDI/ DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.) 2005, S. 17). Körperfunktionen werden als physiologische und psychologische Funktionen von Körpersystemen definiert (vgl. ebd., S. 17). Unter Schädigung wird dabei die Beeinträchtigung von einer oder beiden Komponenten verstanden, wobei eine primäre Schädigung weitere sekundäre Schädigung(en) nach sich ziehen kann (vgl. ebd., S. 18). Aktivität bezeichnet eine vom Menschen durchgeführte Aktion oder Handlung. Der Begriff Teilhabe (Partizipation) wird dabei als Einbezug des Menschen in verschiedenste Lebenssituationen definiert. Sobald dies nicht mehr gelingt, spricht die ICF von Beeinträchtigung der Partizipation. Als Domänen der Komponente Aktivität und Teilhabe benennt die ICF bspw. Kommunikation, Selbstversorgung sowie interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (vgl. ebd., S. 20). Die beschriebenen Komponenten stehen unter dem Einfluss zweier weiterer Komponenten: den umweltbezogenen und den personenbezogenen Faktoren als Kontextfaktoren. Erstere als sog. äußere Faktoren umfassen bspw. materielle und soziale Aspekte, wie Infrastruktur oder gesellschaftliche Einstellungen. Sie entziehen sich dem Einfluss des betreffenden Menschen. Personenbezogene Faktoren hingegen liegen im Menschen selbst. Neben festgelegten Merkmalen, wie Geschlecht und Alter, gehören auch Faktoren wie Bildungshintergrund, Zugehörigkeit zu Glaubensgemeinschaften, Coping-Strategien und Erlebtes dazu⁷. Beiden Kontextfaktoren können sowohl Förder- als auch Barrierefaktoren zugeordnet werden. Als Beispiele für umweltbezogene Förderfaktoren seien hier barrierefreie Zugänge zu Einrichtungen jeglicher Art oder vorhandene Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl) zum Umgang mit den geschädigten Körperfunktionen und -strukturen genannt. Personenbezogene Barrierefaktoren können sich bspw. aus einem zurückgezogenen Lebensstil oder unzureichend entwickelten Bewältigungsstrategien ergeben. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF stellt nun die Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Komponenten dar. Dabei kann die Veränderung einer Komponente Einfluss auf den gesamten

⁷ Eine vollständige Aufzählung der Domänen zu den personenbezogenen Faktoren findet sich bei: DIMDI/ DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.) 2005, S. 22.

Kontext ausüben. Beispielsweise können „[...] verschiedene Umweltkonstellationen sehr unterschiedliche Einflüsse auf denselben Menschen mit einem Gesundheitsproblem haben“ (ebd., S. 22). Ebenso ist es denkbar, dass die gleiche Gesundheitsstörung bei verschiedenen Menschen unterschiedliche Auswirkungen auf deren Aktivitäten hat, weil eine Person familiäre Ressourcen hat und somit Unterstützung erfährt, während eine andere nicht über diesen Förderfaktor verfügt und völlig auf sich allein gestellt ist. Unterschiedliche umweltbezogene Förderfaktoren wiederum, können den selben Einfluss auf die selbe Beeinträchtigung bei unterschiedlichen Menschen haben. So kann familiäre Unterstützung für die Partizipation genauso förderlich sein, wie die Unterstützung von engen Freunden bei fehlenden familiären Kontakten.

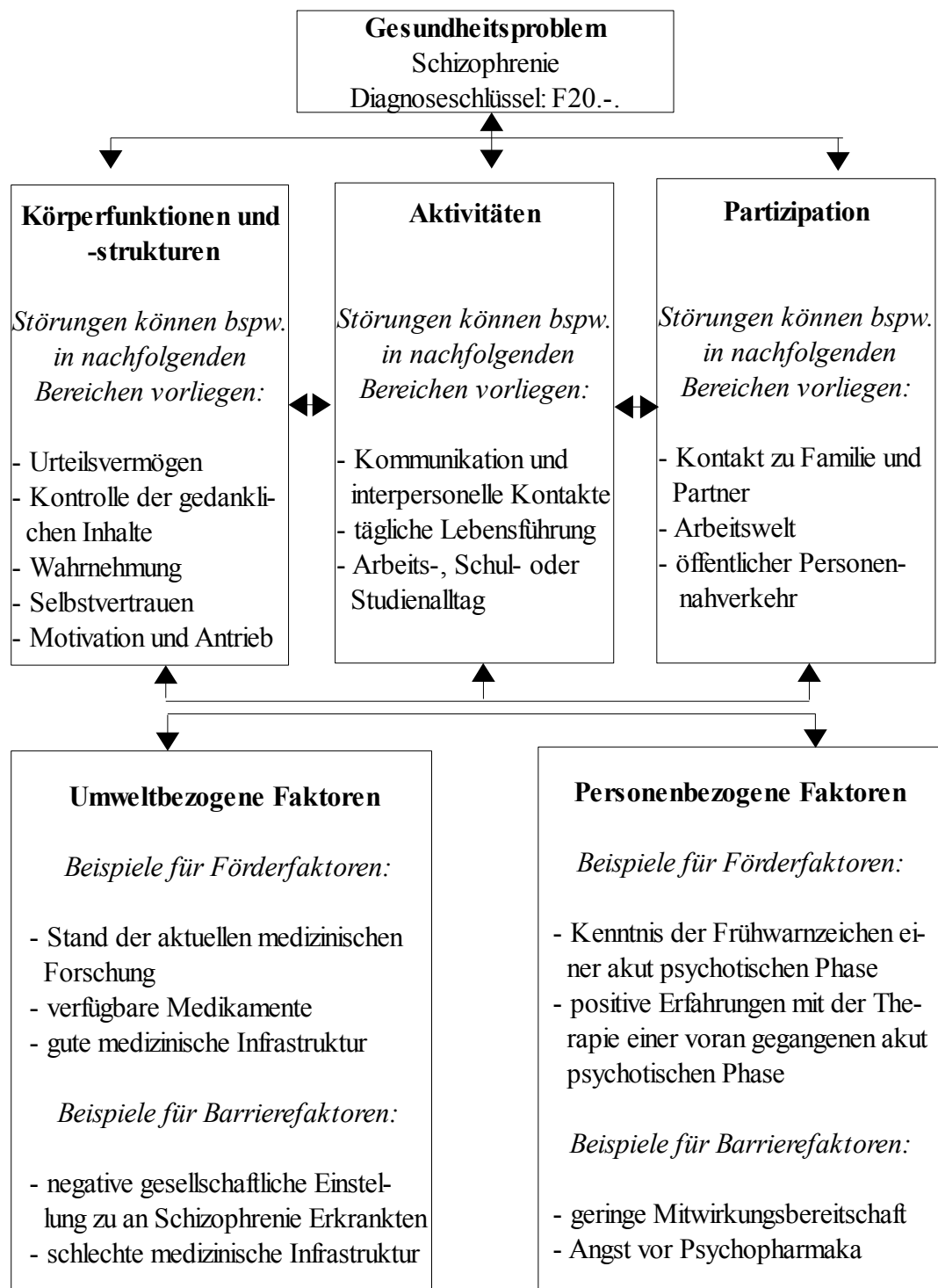
Die genannten Beispiele demonstrieren die Funktionsweise der ICF. Im Diagnoseverfahren werden das Gesundheitsproblem, die Körperfunktionen- und -strukturen, die Partizipation und die darauf einwirkenden Kontextfaktoren miteinander in Verbindung gebracht und hinsichtlich ihrer Wechselwirkungen untereinander betrachtet. Die Interpretation erfolgt dabei unter Zuhilfenahme der Bewertungen von Leistungsfähigkeit und tatsächliche Leistungen, von Veränderungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, sowie von Förder- und Barrierefaktoren. Damit entsteht ein Gesamtbild von Krankheit im Sinne von bio-psycho-sozialen Zusammenhängen, in denen nicht das Gesundheitsproblem allein fokussiert, sondern im Wechselspiel weiterer Einflüsse betrachtet wird. Damit ist ein Modell entstanden, welches nicht nur ausschließlich von der Medizin, sondern auch von anderen Professionen, wie Sozialarbeit oder Psychologie, angewandt werden kann.

1. 3 Psychische Störung im Sinne der ICF

Psychische Störungen werden im Sinne der ICF ebenfalls im Wechselspiel verschiedener Komponenten betrachtet. Exemplarisch behandelt die folgende Darstellung dabei die Schizophrenie als Beispiel einer psychischen Störung, weil die Symptomatik, als auch Therapieansätze und die spezifischen Besonderheiten dieser Störung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter detailliert im Kapitel 2⁸

⁸ Siehe hierzu Kapitel 2. 4. 2 Die Schizophrenie als Beispiel einer psychischen Erkrankung auf Seite 25.

der Arbeit dargestellt werden. Die nachfolgende Darstellung soll die Schizophrenie im Kontext der unterschiedlichen Komponenten skizzieren. Dabei folgt sie dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF um Zusammenhänge und Wechselwirkungen der verschiedenen Aspekte der Erkrankung aufeinander zu verdeutlichen. Die Darstellung erhebt keinesfalls einen Anspruch auf Vollständigkeit.



(Abb. 2: Die Dynamik der Schizophrenie im bio-psycho-sozialen Modell der ICF, eigene Darstellung)

Die Darstellung zeigt, dass psychische Erkrankungen genauso im Sinne der ICF betrachtet werden können wie andere Gesundheitsprobleme auch. Deutlich wird jedoch, dass es sich bei den Funktionseinschränkungen weniger um eine Einschränkung der Körperstrukturen, sondern vielmehr um eine Beeinträchtigung von Körperfunktionen im Sinne einer enormen Abweichung vom Normalzustand handelt⁹. Diese Funktionsstörungen können die Aktivität und Teilhabe jedoch genauso einschränken, wie Schädigungen der Körperstrukturen. Im Folgenden soll deshalb beleuchtet werden, wie die Rehabilitation psychischer Störungen gewinnbringend im Sinne der ICF erfolgen kann.

1. 4 Rehabilitation psychischer Störungen im Sinne der ICF

In der geplanten Wohnform wird die Rehabilitation der Bewohner vorwiegend im Sinne der Leistungen zur Teilhabe erfolgen. Ziel dieser Leistungen ist es „[...] den psychisch kranken Menschen zu befähigen, ein möglichst eigenständiges Leben zu führen, einschließlich der Möglichkeit zu Teilhabe an allen wichtigen Lebensbereichen“ (BAR 2010, S. 37). Im Rahmen der Rehabilitation sollen die Betroffenen befähigt werden, bestehende Fähigkeiten bestmöglich zu nutzen, beeinträchtigte Fähigkeiten zu trainieren und kompensatorische Fähigkeiten zu erlernen (vgl. ebd., S. 37). Dadurch sollen soziale Benachteiligungen der betreffenden Person ausgeglichen werden. Eine gelungene Rehabilitation wird am Umfang der Arbeitsfähigkeit, Verantwortungsübernahme im häuslichen und familiären Bereich, als auch in der sinnvollen Nutzung der Freizeit des Patienten mess- und überprüfbar (vgl. ebd., S. 37). Ihr Gelingen hängt dabei wesentlich davon ab, ob die Rehabilitationsziele vom Patienten selbst oder vom Therapeuten definiert werden. Ziele, die sich der Betroffene selbst setzt, gelten als leichter zu verwirklichen und haben einen positiveren Einfluss auf das

9 Eine Ausnahme stellen hier die organisch bedingten psychischen Störungen dar, welche durch die „[...]nachweisbare[] Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt [...]“ (DIMDI/ KBV 2011, Kapitel V) gekennzeichnet sind. Somit liegt in diesem Fall eine Funktionsstörung der Körperstrukturen vor.

Rehabilitationsergebnis als fremd bestimmte Ziele (vgl. Jäckel/ Hoffmann/ Weig (Hrsg.) 2010, S. 32). Im Rahmen der Subjektorientierung sollte der Patient an jeglichen Entscheidungen des Rehabilitationsprozesses beteiligt sein.

Zu Beginn einer Rehabilitation im Sinne der ICF erfolgt die Bedarfsermittlung. Dadurch können Bereiche definiert werden, in denen eine Rehabilitation erfolgen sollte. Für die Bedarfsermittlung werden alle Komponenten der Erkrankung betrachtet und interpretiert. Zu beachten ist, dass sich dabei bei jeder neuen Betrachtung unterschiedliche Rehabilitationsziele ergeben können, weil sich bspw. die Kontextfaktoren geändert haben. Eine wichtige Rolle bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs bei psychisch kranken Patienten spielt außerdem der individuelle Lebenshintergrund und bereits gesammelte Erfahrungen (vgl. BAR 2010, S. 37). Der Einzug in die geplante Wohnform stellt bereits eine erste Reaktion auf den Rehabilitationsbedarf der jeweiligen Klienten dar. Wichtig ist hier, ähnlich wie nachfolgend bei der Zielstellung, die kontinuierliche Neuermittlung des Bedarfs, um angemessen auf mögliche Veränderungen im bio-psycho-sozialem Gefüge der Bewohner reagieren zu können. Anhand der Bedarfsermittlung kann (möglichst) eine gemeinsame Zielfindung erfolgen. Die Ziele werden während des Verlaufs immer wieder angepasst, um zum Einen dem Leistungsvermögen der Patienten und zum Anderen den damit verbundenen (neuen) Wünschen und Ressourcen gerecht zu werden (vgl. Jäckel/ Hoffmann/ Weig (Hrsg.) 2010, S. 33). Diese Aspekte müssen auch in der geplanten Wohnform beachtet werden. Beispielsweise sollte der Grad an Selbstständigkeit bei zu erledigenden Aufgaben möglichst gemeinsam mit den einzelnen Bewohnern bestimmt werden. Dadurch können sowohl die Über- als auch Unterforderung der Klienten vermieden werden. Eine kontinuierliche Anpassung der Rehabilitationsziele stellt dabei einen wichtigen Faktor für das Gelingen oder Scheitern der gesamten Rehabilitation dar. Jäckel, Hoffmann und Weig benennen fünf Aspekte, welche im Rehabilitationsprozess eine besondere Bedeutung erfahren (vgl. ebd., S. 33):

- körperliche und seelische Stabilisierung
- Aktivierung von Ressourcen
- Motivation des Patienten
- Bewältigung der Krankheit
- Erlernen und Training von Fähigkeiten zur selbst- und eigenverantwortlichen Lebensführung und Alltagsgestaltung
- Prüfung der Eignung und Neigung für weiterführende Maßnahmen, insbesondere für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. fügt noch fünf weitere Bereiche hinzu (vgl. BAR 2010, S. 37):

- Behinderung abwenden, beseitigen, mildern oder ausgleichen
- Verschlechterung verhindern oder deren Folgen mildern
- Verhinderung von Pflegebedürftigkeit
- Verhinderung von Erwerbsminderung
- Schaffung von Teilerwerbsfähigkeit auf dem Weg zur vollen Erwerbsfähigkeit

Es zeigt sich, dass es bei der Rehabilitation psychischer Erkrankungen im Sinne der ICF weniger um die Beeinflussung der Krankheitssymptomatik an sich geht. Viel mehr stehen das Training und Neuerlernen von Fähigkeiten im Vordergrund, die eine ungestörte oder zumindest weniger beeinträchtigte Teilhabe an den unterschiedlichsten Lebensbereichen ermöglichen. Die Motivation zur Mitwirkung an Rehabilitationsmaßnahmen ist dabei gerade bei chronisch verlaufenden psychischen Störungen wesentlich von Bedeutung. Der Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme wird durch eine kontinuierliche Therapie positiv beeinflusst. Rahn und Mahnkopf verweisen bspw. bei der Betrachtung der Schizophrenie auf die Notwendigkeit regelmäßiger Konsultation des Therapeuten durch den Patienten, um die Rückfallprophylaxe gewinnbringend gestalten zu können (vgl. Rahn/ Mahnkopf 1999, S. 292). Dies ist wiederum von seiner

Krankheitseinsicht abhängig. Erachtet sich der Betroffene bspw. als nicht beeinträchtigt, wird er womöglich Termine mit dem Therapeuten nicht wahrnehmen. Umgekehrt kann der bewusste Umgang mit der eigenen Störung ein motivationssteigernder Faktor sein und dazu führen, dass der Patient von sich selbst aus lernen will, besser mit seiner Erkrankung umzugehen und die Therapiesitzungen regelmäßig wahrnimmt. Dieser Prozess des Einsehens und Annehmens der eigenen psychischen Erkrankung gestaltet sich für den Betroffenen meist schwieriger, als die Einsicht einer nicht psychischen Erkrankung. Er wird wesentlich „[...] durch Vorurteile, Stigmatisierung und das immer noch mangelhafte Verständnis für diesen Personenkreis erschwert und beeinträchtigt“ (BAR 2010, S. 38), was wiederum einen umweltbezogenen Kontextfaktor darstellt, der nur durch intensive Öffentlichkeitsarbeit beeinflusst werden kann. Außerdem wird deutlich, dass sich persönliche negative Einstellungen zu und Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen ungünstig auf die Krankheitsbewältigung einer psychischen Störung auswirken können. Es zeigt sich, dass es in der geplanten Wohnform von größter Bedeutung ist, die Bewohner im Prozess der Krankheitseinsicht zu unterstützen. Eine besondere Rolle kommt dabei den Betreuern zu, welche in unmittelbarer Nähe zu den Bewohnern stehen und neben Familie und Freunden emotionalen Halt geben können. Gleichzeitig können sie als Fachkräfte intervenieren, wenn dieser Prozess zu krisenhaften Zuspitzungen führt.

Die Komplexität der Rehabilitation einer psychischen Erkrankung ist sehr deutlich geworden. Rehabilitation erfolgt in diesem Fall durch die gemeinsame Arbeit an verschiedenen Faktoren, welche die Störung bedingen. Die Orientierung an den individuellen lebensweltlichen Kontexten des Klienten ist dabei die Voraussetzung, um die Rehabilitation sinnvoll und gewinnbringend gestalten zu können.

2 Lebensphase Jugend und frühes Erwachsenenalter

2. 1 Definition von „Jugend“ und „frühes Erwachsenenalter“

Angeichts der anzusprechenden Zielgruppe in der geplanten Wohnform ist es notwendig, die Lebensphasen Jugend und frühes Erwachsenenalter, besondere Entwicklungsaufgaben in beiden Lebensphasen sowie die besonderen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung im Jugend- und frühem Erwachsenenalter zu betrachten.

Die Zielgruppe der geplanten Wohnform sind Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 18 bis 26 Jahren. Damit entspricht dieses Klientel im Sinne des SGB VIII der Gruppe der jungen Volljährigen. Zu dieser Gruppe gehört, „[...] wer 18, aber noch nicht 27 Jahre alt ist [...]“ (§ 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII). Zusätzlich zu dieser rechtlichen Definition wird die Zielgruppe in diesem Kapitel auch im entwicklungspsychologischen Sinne betrachtet, um entwicklungspsychologische Besonderheiten, wie beispielsweise die Identitätsentwicklung oder die Entwicklung von sozialem Verhalten und damit verbundene Aufgaben herausstellen zu können. Damit sind die Begriffe „Jugend“ und „frühes Erwachsenenalter“ nicht mit einer starren Altersgrenze verbunden, wie es im Achten Sozialgesetzbuch, und somit **rechtlich** der Fall ist. Demnach gilt im Sinne des Kinder- und Jugendhilfegesetzes bspw. als Jugendlicher „[...] wer 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist [...]“ (§ 7 Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII). Entwicklungspsychologisch betrachtet, beginnt das Jugendalter bereits mit dem Einsetzen der Geschlechtsreife (vgl. Oerter/ Dreher 2008, S. 272) und somit häufig früher, als vom Achten Sozialgesetzbuch definiert. Steinberg unterteilt diese Lebensphase in drei Abschnitte (vgl. Steinberg 2005, S. 7, zit. nach Oerter/ Dreher 2008 S. 272):

- frühe Adoleszenz (10 bis 13 Jahre)
- mittlere Adoleszenz (14 bis 17 Jahre)
- späte Adoleszenz (18 bis 22 Jahre)

Bereits mit der Vollendung des 18. Lebensjahres tritt der Jugendliche ins frühe Erwachsenenalter ein, welches sich rein formal bis zum Alter von 29 Jahren

erstreckt (vgl. Krampen/ Reichle 2008, S. 333). Es wird deutlich, dass eine genaue Abgrenzung zwischen Jugend- und frühem Erwachsenenalter nicht möglich ist. Die angestrebte Zielgruppe befindet sich mit der Altersbeschränkung von 18 bis 26 Jahren sowohl in der Lebensphase Jugend, als auch in der Lebensphase junges Erwachsenenalter. In diesem Abschnitt möchte ich die Zielgruppe jedoch aus entwicklungspsychologischer Sicht beleuchten und phasentypische Entwicklungsaufgaben darstellen. Auch die Auswirkungen psychischer Erkrankungen werden anhand dieser beiden Lebensphasen erläutert.

2. 2 Lebensphase Jugend und phasentypische Entwicklungsaufgaben

„Jugend“ ist angesiedelt zwischen dem Ende der Kindheit und dem Beginn des Erwachsenenalters, sie korreliert in ihrer dritten Phase bereits mit dem frühen Erwachsenenalter. Ein zentraler Bestandteil dieser Lebensphase ist die Entwicklung der Identität, und damit der Beginn eines „[...] lebenslange[n] Prozess[es], die persönlichen Verpflichtungen und Überzeugungen immer weiter zu verfeinern“ (Berk 2005, S. 531).

Der amerikanische Wissenschaftler Robert James Havighurst (1900 – 1991) definiert acht Entwicklungsaufgaben, welche sich von der frühen Adoleszenz bis zum Beginn der späten Adoleszenz erstrecken (vgl. Oerter/ Dreher 2008, S. 281):

1. Neue, reifere Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufbauen
2. Übernahme der eigenen Geschlechtsrolle
3. Akzeptanz der eigenen körperlichen Erscheinung sowie effektive Nutzung des eigenen Körpers
4. emotionale Ablösung von Eltern und anderen Erwachsenen
5. Vorbereitung auf Ehe, Partnerschaft und Familienleben
6. Vorbereitung auf eine eigene berufliche Karriere
7. Entwicklung einer eigenen Ideologie, in der Werte und ein ethisches System als Leitbild für das eigene Verhalten dienen
8. Streben nach und Erlangen von sozial verantwortlichem Verhalten

Diese Entwicklungsaufgaben stehen im Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben anderer Lebensabschnitte, die sich von der Geburt bis ins höhere Alter (ab 60 Jahren) erstrecken (vgl. Dreher 2005, S. 3 ff.). Dreher und Dreher fügen den Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz außerdem noch drei weitere hinzu und aktualisieren den Katalog von Havighurst (Dreher/ Dreher 1996, zit. nach Dreher 2006):

1. „Sich selbst kennen lernen und wissen, wie andere einen sehen, d. h. Klarheit über sich selbst gewinnen“
2. „Eine Zukunftsperspektive entwickeln: sein Leben planen und Ziele ansteuern, von denen man annimmt, dass man sie erreichen könnte“
3. „Engere Beziehungen zu einem Freund bzw. einer Freundin aufnehmen“

Das erfolgreiche Bewältigen dieser Entwicklungsaufgaben schafft laut Havighurst Zufriedenheit und bildet die Grundlage für die erfolgreiche Bewältigung nachfolgender Entwicklungsaufgaben. Können bestimmte Entwicklungsaufgaben nicht erfolgreich bewältigt werden, führt dies wiederum zu Unzufriedenheit mit sich selbst und zu gesellschaftlicher Missbilligung (vgl. Oerter/ Dreher 2008, S. 279). Gleichzeitig können nicht erfüllte Entwicklungsaufgaben zu Hemmnissen in der Identitätsentwicklung führen. Gelingt es einem Jugendlichen bspw. nicht, im Rahmen neuer und reiferer Beziehungen mit Gleichaltrigen zu interagieren, entzieht er sich sowohl der Möglichkeit, andere Moral- und Wertvorstellungen kennen zu lernen als auch emotionale Unterstützung von Gleichgesinnten zu erfahren. Gleichzeitig wird das Erleben von für die Identitätsfindung bedeutsamen unterschiedlichen Rollenmodellen erschwert (vgl. Berk 2005, S. 533).

Beachtet werden muss, dass die Zeiträume für die Erfüllung der Entwicklungsaufgaben aufgrund veränderter Sozialisationsbedingungen nicht mehr einer starren Grenze unterliegen. Sozialisationsbedingungen befinden sich in einem beständigem Wandel, wodurch sich auch die gesellschaftlichen Erwartungen an bestimmte Altersgruppen ändern (vgl. Hensen 2008, S. 259 ff.). Bedingt durch verlängerte Ausbildungszeiten erfolgt bspw. die Gründung einer Familie häufig erst weit nach der Vollendung des 18. Lebensjahres. Auch

bezüglich der emotionalen Unabhängigkeit von Eltern und anderen Erwachsenen ist die Frage zu stellen, ob diese durch längere Verweilzeiten im Elternhaus, ebenfalls bedingt durch längere Ausbildungszeiten, so vollständig in der Phase der Adoleszenz erfolgen kann. Dieser Aspekt wird jedoch von der Gesellschaft akzeptiert und stellt kein Kriterium für gesellschaftliche Missbilligung dar.

2. 3 Lebensphase frühes Erwachsenenalter und phasentypische Entwicklungsaufgaben

Mit dem Beginn des frühen Erwachsenenalters gilt es nach Havighurst ebenfalls acht Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, in denen einige Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz ihre Vollendung finden (vgl. Oerter/ Dreher 2008, S. 281):

1. Partnerauswahl
2. Lernen, mit dem ausgewählten Partner zu leben
3. Familiengründung
4. Verantwortung für die eigene Familie übernehmen (Versorgung und Betreuung)
5. Schaffung eines Heimes und Organisation des eigenen Haushalts
6. Einstieg ins Berufsleben
7. Ausüben von staatsbürgerlicher Verantwortung
8. Finden einer angemessenen sozialen Gruppe

Insbesondere die Entwicklungsaufgaben eins bis drei gehen mit der endgültigen Ablösung vom Elternhaus einher. Die Gründung einer eigenen Familie geschieht schließlich mit der Geburt des ersten Kindes. Damit erfolgt eine klare Abgrenzung zur Kernfamilie der Eltern. Die jungen Erwachsenen müssen nun Verantwortung nicht nur für den Partner, sondern auch für den Nachwuchs übernehmen. Die Aufgaben vier und fünf definieren dies deutlich. Neben der Verantwortung für die Familie liegt auch die Organisation des eigenen Haushaltes im Aufgabenbereich der jungen Erwachsenen. Der Einstieg in das Berufsleben folgt aus der Phase der Vorbereitung auf eine berufliche Entwicklung heraus. Die berufliche Orientierung damit als abgeschlossen anzusehen, stellt sich m. E. sehr schwierig dar. Bedingt

durch den technischen Fortschritt und die Schnellebigkeit der Arbeitswelt besteht nach manchen Berufsbildern keine Nachfrage mehr. Um Arbeitslosigkeit zu vermeiden, sind Betroffene gezwungen, sich neu zu orientieren, andere Berufe in Erwägung zu ziehen, sie schließlich zu erlernen und auszuüben. Der Prozess der beruflichen Orientierung geht damit sowohl über die Phase der Jugend als auch über die Phase frühes Erwachsenenalter hinaus, was wiederum sehr deutlich macht, dass der idealtypische Verlauf, als auch die idealtypischen Erfüllungszeiträume von Entwicklungsaufgaben nach Havighurst nicht mehr existieren. Dieser Aspekt sollte dabei jedoch nicht zwangsläufig als negativ betrachtet werden. Jugendliche wachsen bereits häufig mit diesem Wissen auf und erleben diese Tatsache nicht selten in der eigenen Familie mit. Der Prozess der mehrmaligen beruflichen (Neu)orientierung erlangt somit von Anfang an eine gewisse Normalität und wird nicht zwingend als nachteilig erlebt. Heute ist der Lebenslauf vieler Jugendlicher und junger Erwachsener von beruflichen Umbrüchen und Neuorientierungen gekennzeichnet.

Die siebente Entwicklungsaufgabe, das Ausüben staatsbürgerlicher Verantwortung, vereint die in der Jugend entwickelten Moralvorstellungen und Überzeugungen. Abhängig von ihnen definiert jeder junge Erwachsene für sich, was soziale Verantwortung bedeutet und wie sie erfolgen sollte. Die Moralentwicklung wird dabei maßgeblich von den Einstellungen der Eltern, der Familie und den Freunden beeinflusst. Entsprechen entwickelte moralische Präferenzen und damit verbundenes Handeln nicht den Vorstellungen der Gesellschaft, kann dies zur Ablehnung der eigenen Person führen.

Das Finden einer angemessenen sozialen Gruppe schließt an den Aufbau neuer und reiferer Beziehungen zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts in der Jugend an.

Es zeigt sich, dass viele Entwicklungsaufgaben der Lebensphase Jugend mit denen der Lebensphase junges Erwachsenenalter in engem Zusammenhang stehen. Beeinträchtigungen durch unterschiedlichste gesundheitliche Störungen können die jungen Menschen jedoch in der Erfüllung und Wahrnehmung der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben beeinflussen. In Anbetracht der angestrebten Zielgruppe der geplanten Wohnform soll im nächsten Kapitel darauf

eingegangen werden, welchen Einfluss psychische Erkrankungen im Jugendalter auf die Erfüllung von typischen Entwicklungsaufgaben haben können.

2. 4 Besonderheit von psychischen Erkrankungen im Jugendalter

Bereits im Jugendalter von psychischen Erkrankungen oder Auffälligkeiten betroffen zu sein, hat großen Einfluss auf die Entwicklung der Identität und die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. Steinhausen benennt delinquentes Verhalten, affektive Störungen mit und ohne Suizidalität, Angststörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen und schizophrene Psychosen als psychische Störungen, die sich v. a. im Jugendalter entwickeln und manifestieren (vgl. Steinhausen 2010, S. 18). Wie sich psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten auf die Erfüllung der Entwicklungsaufgaben und somit der Herausbildung einer Identität auswirken können, stelle ich exemplarisch an der Schizophrenie dar¹⁰, bei der 50 Prozent der adoleszenten Betroffenen eine eher ungünstige Prognose haben (vgl. ebd., S. 107). Gleichzeitig entspricht sie einem Krankheitsbild, welches innerhalb der Zielgruppe der geplanten Wohnform auftreten kann. Noch immer existieren voneinander abweichende wissenschaftliche Meinungen¹¹ zur Schizophrenie, ihren Verlaufsphasen und Therapiemöglichkeiten. Im Nachfolgenden werde ich mich vorwiegend auf die wissenschaftlichen Ausführungen von Steinhausen beziehen.

2. 4. 1 Besonderheiten von psychischen Erkrankungen im Jugend- und frühem Erwachsenenalter und mögliche Auswirkungen

Psychische Erkrankungen haben jeweils unterschiedliche Erscheinungsformen, Symptome und Verläufe. Eines ist jedoch allen gemeinsam: Chronifizieren sich diese Erkrankungen, treten die Symptome psychischer Störungen in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen im Laufe eines Lebens mehrmals auf. Viele

10 Siehe hierzu Kapitel 2. 4. 2 Die Schizophrenie als Beispiel einer psychischen Erkrankung auf Seite 25.

11 Zu nennen sind hier bspw. Bondy, B. (2008): Was ist Schizophrenie?. Ursachen, Verlauf, Behandlung. 4. Auflage. München: Verlag C. H. Beck oHG oder Steinhausen, H.-C. (2010): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 7. Auflage. München: Elsevier GmbH.

dieser Krankheitssymptome werden von den Mitmenschen als dissozial und störend wahrgenommen (ständiges Berühren, akustische Halluzinationen). Bei der Krankheitssymptomatik wird häufig zwischen der ***Positiv- und Negativsymptomatik*** unterschieden. Positive Symptome werden auch als produktive Symptome bezeichnet. Dazu zählen Antriebssteigerung, Wahn und Halluzinationen. Therapeutisch können sie besser behandelt werden, als negative Symptome (vgl. Bondy 2008, S. 43 f. und Maerklin 2012).

Zu den negativen Symptomen zählen bspw. Affektverarmung, erhebliche Antriebsverminderung, emotionaler Rückzug, Müdigkeit und sexuelles Desinteresse. Negative Symptome haben eine ungünstigere Behandlungsprognose als Positivsymptomatiken (vgl. Bondy 2008, S. 43 f. und Rahn/ Mahnkopf 1999, S. 241). Mit Beginn einer psychischen Störung im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter können wichtige Entwicklungsaufgaben, deren erfolgreiche Bewältigung für die Identitätsentwicklung, subjektive Zufriedenheit und gesellschaftliche Anerkennung von enormer Bedeutung ist, nicht oder nur unzureichend bewältigt werden.

Tritt Schizophrenie im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter auf, so geschieht dies in einer Phase, die durch Berufsorientierung und -findung, dem Aufbau von reiferen und tieferen Beziehungen zu Gleichaltrigen, der Suche nach einem Partner und dem Gründen einer eigenen Familie geprägt ist. Typische Positivsymptomatiken, wie wahnhafte Angst vor anderen Menschen, bspw. bedingt durch Angst vor Fremdbeeinflussung, oder Zwangsimpulse (ständiges Berühren anderer Menschen) können die Erfüllung dieser wichtigen Entwicklungsaufgaben stark beeinflussen. So kann Angst vor anderen Menschen dazu führen, dass der Jugendliche oder junge Erwachsene sich völlig zurück zieht und nie den Kontakt zu Gleichaltrigen oder einem potenziellen Partner sucht, geschweige denn aushalten kann. Ständiges, zwanghaftes Anfassen anderer, vielleicht sogar fremder Menschen hingegen, kann zu sozialer Ausgrenzung durch die Gleichaltrigengruppe selbst führen. Diese Erfahrung könnte wiederum Ängste vor anderen Personen bedingen. Es zeigt sich, dass psychische Erkrankungen in der Jugend wie auch im frühen Erwachsenenalter vielfältige Problemlagen mit sich bringen. Die unzureichende Erfüllung von Entwicklungsaufgaben in der

Jugend kann eine erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im frühen Erwachsenenalter negativ beeinflussen. Am Beispiel der Schizophrenie wird dennoch deutlich, dass auf den Patienten abgestimmte Therapien durchaus zu einem besseren Umgang mit der Krankheit im Sinne der Erkennung von Frühwarnzeichen einer akut psychotischen Phase, dem Training und dem Erhalt sozialer Kompetenzen, sowie der Aktivierung von Ressourcen innerhalb der Familie und des sozialen Umfeldes führen können. Die Erfüllung wichtiger Entwicklungsaufgaben kann dadurch unterstützt werden, damit der Betroffene ein Leben so normal wie möglich führen kann.

2. 4. 2 Die Schizophrenie als Beispiel einer psychischen Erkrankung

2. 4. 2. 1 Phasen und Symptomatik

Nach ICD 10 wird die Schizophrenie im Kapitel fünf in der Gruppe der Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen definiert. Hier erfolgt zunächst eine allgemeine Beschreibung der Störung unter dem Diagnoseschlüssel F 20.-. Demnach sind schizophrene Störungen episodisch verlaufende Erkrankungen (vgl. DIMDI/ KBV 2011, F 20.-). Schizophrenie wird in vier Phasen untergliedert (vgl. Steinhausen 2010, S. 102):

- ***prodromale Phase:*** Vorstufe zur akuten Phase mit prämonitory Einschränkungen
- ***Akutphase:*** Positivsymptomatik und deutlich eingeschränktes Funktionsniveau
- ***Remissionsphase:*** individuell variierende Rückbildung der Positivsymptomatik durch Therapie
- ***Residualphase:*** geprägt durch Negativsymptomatik

Die Symptome der Schizophrenie sind sehr vielfältig. Sie reichen von Wahnvorstellungen über akustische Halluzinationen bis hin zu Gedankenzerfahrenheit. Während der Prodromalphase einer Erkrankung im Jugendalter „[...] können im Vorfeld einer Schizophrenie Leistungseinbrüche in Schule und Lehre, Konzentrationsstörungen, Antriebsminderungen mit

Interessenverlust, Derealisationserlebnisse (Entfremdung gegenüber der Umwelt) und phasenhaft ablaufende depressive Verstimmungen beobachtet werden“ (Steinhausen 2010, S. 102). Wahn und Halluzinationen treten als Positivsymptomatik vor allem in der Akutphase auf. Im Wahn erlebt der Betroffene dabei eine innere Wirklichkeit, die unhinterfragt als real empfunden wird (vgl. Rahn/ Mahnkopf 1999, S. 236 ff.). Dabei stehen die Thematiken der Wahnvorstellungen „[...] immer im Bezug zur persönlichen Werdensgeschichte des Betroffenen“ (ebd., S. 237). Halluzinationen als zweites Positivsymptom in der Akutphase können in unterschiedlichsten Formen auftreten. Sie reichen von akustischen Halluzinationen (Stimmenhören, störende Geräusche) bis hin zu vermeintlich taktilen Reizen und werden dabei „[...] oft mit wahnhaften Interpretationen verknüpft“ (ebd., S. 237). Neumärker konkretisiert dabei besondere schizophrene Symptomatiken, die sich vorwiegend zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr manifestieren. Als Beispiel für das Jugendalter seien hier

- Zwangssymptome, wie Zwangsimpulse und zwanghafte Handlungen (ständiges Berühren und Umhergehen)
- Angstsymptomatiken, vor allem auf die körperliche Erscheinung bezogen
- Wahnsymptomatiken (Verfolgungswahn, Beeinflussung des Denkens durch eine höhere Macht)

(vgl. Neumärker 1999, zit. nach Steinhausen 2010, S. 103) genannt.

2. 4. 2. 2 Ansätze zur Behandlung der Schizophrenie

Die Behandlung der Schizophrenie kann in vier Phasen gegliedert werden (vgl. Rahn/ Mahnkopf 1999, S. 278 ff.):

- **Therapie der Akutphase:** Hier ist es wichtig, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, ihm ein Gefühl von Schutz und Geborgenheit zu vermitteln. Häufig erfolgt die Behandlung der Akutphase in stationären Einrichtungen, um den Betroffenen vor Selbst- und Fremdgefährdung zu bewahren.

- ***Gegebenenfalls Therapie des Rückfalls***
- ***Sekundäre Prävention und Rückfallprophylaxe:*** Eine Kooperation mit dem Patienten ist in dieser Behandlungsphase unerlässlich, um eine Kontinuität der Therapie zu gewährleisten. Im Fokus der Behandlung steht der Schutz des Patienten vor Überforderungssituationen und Reizüberflutungen, die Sensibilisierung für Frühwarnzeichen einer erneuten Akutphase sowie die Schaffung und Stärkung von Bewältigungsmustern des Patienten. Erfolgen kann dies bspw. durch Familientherapie, um vorhandene Unterstützungsressourcen zu aktivieren oder durch soziales Kompetenztraining, im Rahmen dessen der Betroffene neue Bewältigungsmuster entwickelt und lernt, Frühwarnzeichen zu erkennen und darauf zu reagieren.
- ***Tertiäre Prävention und Rehabilitation:*** Die tertiäre Prävention erfolgt über einen längeren Zeitraum, meist über mehrere Jahre hinweg und soll Beeinträchtigungen sowie sozialem Rückzug vorbeugen. Neben dem sozialen Kompetenztraining treten Psychotherapie¹² und Soziotherapie hinzu.

Für die Behandlung im Jugendalter ergeben sich einige Besonderheiten. Steinhausen betont die Notwendigkeit der frühestmöglichen stationären Erstbehandlung einer im Kindes- und Jugendalter auftretenden Schizophrenie (vgl. Steinhausen 2010, S. 106). Bedeutsam ist hier vor allem die Einbeziehung der Familie. Um Rückfällen erfolgreich vorzubeugen, sollte ein Einsatz von Antipsychotika kontinuierlich über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren erfolgen (vgl. ebd., S. 107). Die ***Verhaltenstherapie*** nimmt außerdem eine besondere Rolle ein, um (nicht) vorhandene soziale Kompetenzen und Bewältigungsmuster mit dem Jugendlichen trainieren zu können. Ebenfalls bedeutend ist die Soziotherapie, welche sehr komplex ist und sich bspw. vom Training lebenspraktischer Fähigkeiten bis hin zur Aktivierung und Verhinderung

¹² Steinhausen verweist auf die sog. „stützende Psychotherapie“ und „stationäre Milieuthherapie“, in deren Behandlungssettings Störungen des Realitätsbezugs korrigiert, sowie Ängste, soziale Isolation und Defizite in der Verhaltenssteuerung abgebaut werden sollen. Musiktherapie kann dabei unterstützend eingesetzt werden (vgl. Steinhausen 2010, S. 107).

des sozialen Rückzugs (vgl. Rahn/ Mahnkopf 1999, S. 301) erstreckt. Steinhausen hebt zusätzlich die Bedeutung von Beschäftigungs- und Ergotherapie in der Therapie von jugendlichen Patienten hervor, um „vor allem bei chronifizierten Störungen einer Antriebsversandung entgegenzuwirken“ (ebd., S. 107). Beide Therapieformen unterstützen somit die Aktivierung der Betroffenen und beugen gleichzeitig sozialem Rückzug und der Resignation vor. Eine besondere Stellung in der Behandlung schizophrener Jugendlicher nimmt der Bereich Schul- und Berufsberatung ein (vgl. ebd., S. 107). Bedingt durch die „[...] relativ hohe[] Chronifizierungsrate [...] mündet die akute Behandlungsphase [häufig] in eine längere Rehabilitation in speziellen Einrichtungen für diese Patienten“ (ebd., S. 107). Im Rahmen der Schul- und Berufsberatung sollten deshalb Wege und Möglichkeiten zur Weiterführung der schulischen Ausbildung sowie Perspektiven zur Berufsausbildung erarbeitet und aufgezeigt werden.

3 Das Konzept der Selbstbestimmung

3.1 Entstehungsgeschichte und Wurzeln des Empowermentansatzes

Der Begriff Empowerment bedeutet „Selbstbemächtigung“ (Metzler/ Wacker 2005, S. 135) und stellt damit eine gegensätzliche Begrifflichkeit zu „Unmündigkeit“ dar. Er ist aus der modernen Sozialen Arbeit nicht mehr weg zu denken. Das Konzept der Selbstbestimmung findet seinen Ursprung in den Reformbewegungen behinderter Menschen in den USA der 60er Jahre. Dieser sogenannten „Independent- Living- Bewegung“ gehörten behinderte Menschen an, die sich im Versorgungs- und Hilfeprozess mehr als Hilfen erhaltendes Objekt, denn als aktiv mitwirkendes Subjekt wahrgenommen fühlten (vgl. Hedderich 2006, S. 55). Mit der Bewegung wurde der Wunsch der behinderten Menschen nach Autonomie und Kompetenzorientierung deutlich. Gleichzeitig machte die Independent-Living-Bewegung auf die fehlende soziale, politische und rechtliche Gleichstellung der behinderten Menschen und dem nicht beachteten Wissen von Betroffenen aufmerksam (vgl. ebd., S. 385). So bestanden die Forderungen der Reformbewegung u. a. darin, Menschen mit Behinderung in ihren Selbsthilfekräften zu stärken und sie auf der Suche nach Lösungsansätzen für bestehende Probleme zu fördern. Sie sollten lernen, eigenständig erarbeitete Lösungswege anzunehmen und als wertvoll zu betrachten (vgl. Metzler/ Wacker 2005, S. 135).

Der Erfolg dieser Bewegung wird überall deutlich. In Deutschland ist sie unter dem Namen „Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.“ aktiv und wird zunehmend nicht nur durch Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, sondern auch von geistig Behinderten getragen. Diese treten der Bewegung als „People First“ bei (vgl. Metzler/ Wacker 2005, S. 134). Mittlerweile ist das Konzept der „Selbstbestimmung“ zu einem Handlungsparadigma der Sozialen Arbeit geworden, welches sich selbstverständlich in viele Bereiche der Sozialen Arbeit integriert.

3. 2 Aspekte des Empowermentkonzeptes

Wie bereits unter Punkt 3. 1 beschrieben, ist die Idee des Empowerment schon über 50 Jahre alt. Empowerment bezieht sich vor allem auf vier Ebenen (Theunissen/ Plaute 2002, zit. nach Kulig 2006, S. 52):

- Selbstverfügungskräfte des Einzelnen: Diese dienen als Grundlage und helfen dem Individuum im Umgang mit und der Lösung von Konflikten.
- Politische Emanzipation von Randgruppen: Hier steht die Durchsetzung von politischen Interessen und Forderungen im Vordergrund, was v. a. durch den „[...] Zugang zu Macht ausübenden Institutionen [...]“ (Kulig 2006, S. 52) erreicht werden soll.
- Erkenntnis von verfügbaren Ressourcen und Durchsetzungskräften: „Empowerment wird [...] als Prozess von Einzelnen oder Gruppen verstanden, denen es gelingt, die Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu erobern“ (Stark 1993, S. 41, zit. nach Kulig 2006, S. 52 f.).
- transitive¹³ Ebene: Gemeint ist damit die Ermächtigung von Randgruppen, eigenen Fähigkeiten zu vertrauen und autonom zu handeln.¹⁴

Grundsätzlich beschreibt der Empowermentansatz den Menschen als Subjekt, welches über Kräfte verfügt, mit denen es selbstregulierend tätig werden kann. Behinderung ist damit nicht nur eine rein medizinische Angelegenheit, sondern auch ein Prozess von Zuschreibungen durch die Gesellschaft und Professionelle, die den Betroffenen **behindert machen**. Somit erfolgt eine Stigmatisierung und Ausgrenzung dieser gesellschaftlichen Gruppe. Empowerment bedeutet nun, sich an den vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen der behinderten Menschen zu

¹³ zielen, auf etwas abzielen

¹⁴ Hier machen Theunissen und Plaute darauf aufmerksam, dass „[...] Empowerment [...] nicht direkt von professionellen Helfern hergestellt, vermittelt oder [...] gefordert [...] werden [kann]“ (Theunissen/ Plaute 2002, S. 13, zit. nach Kulig 2006, S. 53). Die transitive Ebene des Empowerment kann kritisch betrachtet werden. Kulig bewertet diese Begriffsdefinition jedoch als notwendig, um „[...] eine[] Theorie helfender Professionen [...]“ (Kulig 2006, S. 53) im Konzept der Selbstbestimmung und -befähigung legitimieren zu können.

orientieren, sie in ihrem Wissen als Experten zu begreifen und zu nutzen. Empowerment soll den behinderten Menschen somit die Möglichkeit bieten, das eigene Leben aktiv mit zu bestimmen und an jeglichen gesellschaftlichen Aktivitäten teilhaben zu können.

3. 3 Die Entwicklung des Konzeptes in Deutschland

Die UN- Menschenrechtskonvention macht deutlich, wie sich der Empowermentansatz entwickelt hat. Seit März 2009 ist sie in Deutschland verbindliches Recht. Artikel 3 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderung definiert allgemeine Grundsätze. Dazu gehören „[...] die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner *individuellen Autonomie*, einschließlich der *Freiheit, eigene Entscheidungen* zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit [...]“ (Art. 3 a ÜbereiMmB) und „[...]die *volle und wirksame Teilhabe* an der Gesellschaft *und Einbeziehung* in die Gesellschaft [...]“ (Art. 3 c ÜbereiMmB). Das Konzept der Selbstbestimmung findet damit den Einzug in deutsches Bundesrecht und wird somit verpflichtend für die gesamte Soziale Arbeit. Die Bundesregierung setzte diesen Artikel bereits während der Erstellung des Nationalen Aktionsplans zu Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention um. „Die Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen bei der [...] Erstellung des Nationalen Aktionsplanes war [...] von Anfang an ein wichtiges Anliegen“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Internet 2011, S. 83). Die angestrebte Selbst- und Mitbestimmung behinderter Menschen wird auch an anderer Stelle deutlich. So sind bspw. anerkannte WfbMs dazu verpflichtet, zur Sicherstellung der Beteiligung behinderter Mitarbeiter an Werkstattangelegenheiten einen Werkstatttrat zu errichten (§ 139 Abs. 1 S. 1 SGB IX und Art. 1 Abs. 1 WMVO). Wahlberechtigt sind ausschließlich behinderte Mitarbeiter, die in einem arbeitnehmerähnlichen¹⁵ Rechtsverhältnis zur Werkstatt stehen und seit mindestens sechs Monaten innerhalb der Werkstatt beschäftigt sind (§ 139 Abs. 3

¹⁵ Unter arbeitnehmerähnlichen Personen versteht man „[...] Personen, die wirtschaftlich abhängig und vergleichbar einem Arbeitnehmer sozial schutzbedürftig sind und überwiegend für eine Person tätig sind [...]“ (§ 12a Abs. 1 Nr. 1a TVG). Bei behinderten Mitarbeitern einer WfbM steht deren Betreuung während des Arbeitsprozesses im Vordergrund.

SGB IX und §§ 10 und 11 WMVO). Die Mitwirkung des Werkstatttrates ergibt sich dabei aus den in § 5 WMVO genannten Angelegenheiten¹⁶.

3. 4 Soziale Arbeit im Spannungsfeld des Empowerment

Wo aber liegen die Grenzen des Konzepts der Selbstbestimmung? Glasenapp formuliert besonders deutlich, welches Spannungsfeld sich für die Professionellen der Sozialen Arbeit ergibt. „[...] [G]erade in der Arbeit für behinderte Menschen bleibt die Gefahr bestehen, als professioneller Helfer die Definitionsmacht darüber zu behalten, was der richtige Weg des zu Helfenden sein wird“ (Glasenapp 2010, zit. nach Schlummer 2011, S. 33). Einen Menschen, der in seiner Not die Unterstützung eines Sozialarbeiters sucht, selbstbestimmt handeln und möglicherweise *falsch* entscheiden zu lassen, dürfte gegen das Berufsethos der meisten Professionellen stehen. Hier gilt es jedoch abzuwägen, wie das Verhältnis zwischen der *vermeintlich* professionell richtigen Meinung und der Stellung der Selbstbestimmung des Klienten gewinnbringend gestaltet werden kann. Schließlich geht es im Konzept der Selbstbestimmung auch darum, im Sinne der vierten Dimension nach Theunissen und Plaute, den Menschen zum selbstbestimmten Handeln zu befähigen. Schlummer verweist außerdem auf die Notwendigkeit der „[...] besonderen Präparierung von Orten der Erprobung, der Darstellung und der Auseinandersetzung in (bedingt) öffentlichen Räumen, um Empowerment [...] erleben, [...] erlernen und erlebbar [...] machen [zu können]“ (Schlummer 2011, S. 38). Empowerment bedeutet also nicht ausschließlich, den beeinträchtigten Menschen ohne jegliche Unterstützung selbstbestimmt handeln zu lassen. Die Begleitung beim Entwickeln notwendiger Fähigkeiten, die der Behinderte zum selbstbestimmten Handeln braucht, ist legitim und in vielen Fällen sinnvoll. Eine intensive Selbstreflexion des agierenden Sozialarbeiters ist jedoch Grundvoraussetzung für eine gelingende und förderliche Zusammenarbeit.

¹⁶ Der Wortlaut des Paragraphen ist im Anhang auf Seite 72 als Anlage 6. 3 zu finden.

3. 5 Selbstbestimmung im Rahmen der Rehabilitation psychischer Erkrankungen

3. 5. 1 Möglichkeiten zur Orientierung am Konzept der Selbstbestimmung

Die Symptomatiken verschiedener psychischer Erkrankungen, werden teilweise als störend, unsozial und auffällig wahrgenommen. Die Behindertenhilfe spricht deshalb häufig von psychischen Störungen als „Verhaltensauffälligkeiten“ (vgl. Wüllenweber 2011, S. 129). Verhaltensauffälligkeiten sind demnach nicht rein in der Krankheit an sich begründet, sondern entstehen durch die Beeinflussung von (ungünstigen) Kontextfaktoren wie Beziehungen und bestimmten Situationen (vgl. ebd., S. 130). Die Besonderheit chronisch psychischer Erkrankungen liegt v. a. darin, dass sie in ihrer Symptomatik immer bestehen oder phasenweise wiederkehren können. Wüllenweber kategorisiert sechs Aspekte, in welcher Art Empowerment bei psychischen Störungen erfolgen sollte (vgl. ebd., S. 138 ff.):

Psychoedukation:

Psychisch erkrankte Menschen sind häufig schlecht über die Spezifik ihrer Störung informiert. Diese Unwissenheit verhindert die gewinnbringende Beteiligung der Patienten an der Veränderung von Kontextfaktoren, welche die Symptomatik und den Verlauf der Erkrankung maßgeblich beeinflussen. Im Rahmen des Empowermentansatzes sollen sowohl der Betroffene, als auch auch seine Angehörigen und Fachkräfte über die Erkrankung informiert, beraten und zu konkretem Handeln angeleitet werden.

Subjektorientierung:

Psychisch erkrankte Menschen sollen hinsichtlich der Entscheidungen im Hilfe- und Rehabilitationsprozess aktiv beteiligt werden. Die dadurch erfolgende Abkehr vom psychisch kranken Menschen als Objekt stärkt ihn sowohl in seiner Eigen- als auch in seiner Fremdwahrnehmung als Subjekt.

Stärkenperspektive:

Die Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen soll vor allem an den bereits vorhandenen Ressourcen und Stärken der Betroffenen anknüpfen.

Im Gegensatz zur Defizitorientierung erfahren sie unter diesem Ansatz Erfolgserlebnisse. Die daraus resultierenden positiven Erfahrungen können zu einem zu besseren Umgang mit der Erkrankung durch die Betroffenen selbst führen und somit auch einen besseren Umgang mit ihnen bewirken.

Verstehen vor Erklären und Diagnostizieren

Gemeint ist hier die Abkehr von pauschalisierenden Erklärungsansätzen und Diagnosen hin zur Sicht der Störung aus der Person des Betroffenen heraus. Indem die Fachkraft diese Perspektive einnimmt, ist sie offener für alle Facetten der Krankheit und für die spezifischen Faktoren, welche diese beeinflussen. Allerdings sollen Erklärungsansätze und Diagnosen nicht per se verschwinden, sondern nur aus dem Vordergrund der Betrachtung von psychischen Störungen treten.

Beratung und Psychotherapie

Beratung nimmt im Empowermentparadigma eine bedeutende Stellung ein. Der Betroffene bekommt so die Möglichkeit, Unterstützung im Prozess des selbstbestimmten Handelns zu erhalten.

Inklusion

Um Inklusion und Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen und Hospitalisierung¹⁷ vorzubeugen, sind kleine, dezentral¹⁸ gelegene Einrichtungen notwendig. Große Einrichtungen hingegen können zur erneuten Hospitalisierung beitragen.

17 Der Begriff Hospitalisierung bezeichnet die Unterbringung von Menschen in spezialisierten Großeinrichtungen und führt häufig zur Isolation der Bewohner (vgl. Antor/ Bleidick 2006, S. 388). Mit dem Beginn der Enthospitalisierung werden diese Einrichtungen zunehmend durch kleinere Unterbringungsformen abgelöst.

18 Verwiesen sei an dieser Stelle darauf, dass dezentral in diesem Zusammenhang nicht gleichzusetzen ist mit „Lage außerhalb des Wohn- oder Stadtgebiets“.

3. 5. 2 Besonderheiten des Empowermentansatzes in der Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen

Psychische Störungen können das Leben und Erleben der Betroffenen stark beeinflussen. Wie am Beispiel der Schizophrenie bereits dargestellt, wechseln sich bei dieser Erkrankung im chronischen Verlauf Akutphasen mit symptomfreien Phasen ab. Dies macht die Schizophrenie für den Betroffenen unberechenbar. Womöglich fühlen sich manche Patienten von der Krankheit fremdbestimmt und ihr gegenüber ohnmächtig. Dieses Gefühl der Selbstunwirksamkeit kann durch eine auf dem Paradigma der Selbstbestimmung basierenden Rehabilitation gemindert werden. Im Rahmen der Rückfallprophylaxe sollte hier bspw. die Sensibilisierung des Patienten auf erkennbare Frühwarnzeichen seiner Erkrankung erfolgen (vgl. Rahn/ Mahnkopf 1999, S. 291). Bedeutend ist dies vor allem, um frühzeitig auf eine Neuerkrankung reagieren zu können. Die Verantwortung liegt dabei in einem nicht geringen Maße beim Patienten. Dadurch wird die Selbstkompetenz des Betroffenen angesprochen und gefördert. Der Sensibilisierungsprozess an sich entspricht in etwa der vierten Ebene von Empowerment nach Theunissen und Plate und macht erneut deutlich, dass dieser Aspekt der Selbstbestimmung für den Erkrankten von großer Bedeutung ist, um tatsächlich selbst verantwortlich handeln zu können. Gleichzeitig ergibt sich der Bezug auf den Ansatz der Selbstbestimmung daraus, dass auch die Rückfallprophylaxe existenziell von der Kooperationsbereitschaft des Patienten abhängt (vgl. ebd., S. 292). Dies setzt wiederum voraus, dass er, im Rahmen der Psychoedukation, über seine Erkrankung und Bewältigungsmöglichkeiten aufgeklärt wurde und Beratung erhält (vgl. ebd. S. 292). Das bedeutet im Umkehrschluss aber auch, dass eine möglicherweise unzureichende Kooperationsbereitschaft des Betroffenen gegenüber der angebotenen Behandlungsmöglichkeiten die Therapie erschweren kann¹⁹. Die Grenzen der Selbstbestimmung liegen beim Beispiel der Schizophrenie dort, wo der Patient in einer akut neurotischen Phase fremd- und eigengefährdend agiert und schnellstmögliche Interventionen notwendig werden. Hier kann häufig keine

¹⁹ Grundsätzlich ist jeder Mensch darum bestrebt, dass es ihm gut oder (während einer Erkrankung) wieder besser geht. Seine Kooperationsbereitschaft hängt jedoch davon ab, ob die angebotenen Maßnahmen seinem Willen und Verständnis entsprechen.

Orientierung am Konzept der Selbstbestimmung erfolgen, da bestimmte Maßnahmen nicht immer im Rahmen seiner Forderungen ergriffen werden. Ein solches Handeln ist in den meisten Fällen jedoch notwendig, um den Betroffenen vor sich selbst und andere Menschen vor ihm zu schützen. Beachtet werden muss ebenfalls, dass die Akutphase durch bestimmte Symptome, wie Stimmenhören und Gedankeneingebungen, geprägt sein kann, der Patient somit nicht immer er selbst ist. Es wird deutlich, dass die Schutzfunktion der Behandlung sinnvollerweise damit eine höhere Priorität als die Selbstbestimmung des Betroffenen erfährt.

Die Ausführungen zeigen, dass Selbstbestimmung dort förderlich ist, wo der Patient den Sinn von Interventionen versteht und annehmen kann. Sinnvoll ist sie deshalb bspw. in der Phase der sekundären und tertiären Prävention der Schizophrenie. Gewinnbringend wirkt sich die Orientierung an und die Förderung von Kompetenzen der von psychischen Störungen Betroffenen vor allem aus, weil sie diese in ihrem Empfinden der Krankheit gegenüber positiv beeinflussen kann. Die Möglichkeit, Krankheitsanzeichen selbst erkennen und darauf reagieren zu können, kann das Gefühl der Ohnmacht gegenüber der Krankheit wesentlich verringern. Gleichzeitig wird die Störung mit zunehmender Information über ihre Spezifika weniger unberechenbar. Ein individuell auf den Betroffenen abgestimmtes Maß an geforderter Selbstbestimmung und Selbstkompetenz ist jedoch von größter Bedeutung, um ihn weder zu über- noch zu unterfordern. Dabei sollten neben den Charakteristika der jeweiligen psychischen Erkrankung vor allem auch die Wünsche des Patienten mit in die Bemessung einbezogen werden. Denn auch mit der Möglichkeit eigenverantwortliches Handeln abzulehnen, beginnt seine Selbstbestimmung.

Es zeigt sich, dass der Empowermentansatz und psychische Erkrankungen in einem Spannungsverhältnis stehen. Patentlösungen oder gar ein allgemeingültiges Maß an von den Fachkräften einforderbarer Selbstkompetenz des Patienten kann es nicht geben. Dort, wo die Förderung und Forderung von Handlungskompetenzen jedoch ausdrücklich erwünscht und möglich ist (abhängig vom jeweiligen Stadium der psychischen Erkrankung), birgt der Bezug auf das Konzept der Selbstbestimmung einen bedeutenden Beitrag auf dem Weg von der

Defizitorientierung hin zur Kompetenzorientierung und in der Betrachtung des Menschen in seiner Ganzheit.

4 Pädagogische Konzeption der Wohnstätte

4. 1 Allgemeine Grundlagen

4. 1. 1 Träger der Einrichtung

Die geplante Einrichtung wird unter der Trägerschaft der Lebenshilfe e.V. RV Oschatz geführt werden. Der Verein wurde am 25. August 1990 als Elternverein unter dem Dachverband Bundesvereinigung Lebenshilfe gegründet und betreut derzeit rund 700 vorrangig geistig behinderte Menschen. Durch die Aktivitäten in den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe, Frühförderung, Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Wohnen und Betreuung ist es dem Verein in den letzten Jahren gelungen, eine „[...] nahezu lückenlose Rehabilitationskette aufzubauen“ (Lebenshilfe e. V. Regionalvereinigung Oschatz 2012). Der Verein ist ständig bemüht, den Bedürfnissen der behinderten Menschen entsprechende Angebote zu schaffen. Die neue stationäre Wohnform für chronisch psychisch kranke junge Volljährige soll unter dieser Maßgabe entstehen.

4. 1. 2 Rechtliche Grundlagen

Die geplante Wohnform ist eine Einrichtung, die vorrangig Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft anbieten wird. Diese Leistungen erfolgen dabei im Sinne der Eingliederungshilfe und somit gemäß dem § 54 Abs. 1 SGB XII i. V. m. § 55 Abs. 2 SGB IX. § 54 Abs. 1 SGB XII führt dabei Leistungen in stationären Einrichtungen in seinem Leistungskatalog auf, wobei die aufgeführten Leistungen mehr als eine Variante denn als einzig mögliche Leistungen verstanden werden sollen. § 54 Abs. 2 SGB XII greift zudem Leistungen zur Eingliederungshilfe in stationären Einrichtungen dahingehend auf, dass Betroffenen „[...] oder ihren Angehörigen zum gegenseitigen Besuch Beihilfen geleistet werden [können], soweit es im Einzelfall erforderlich ist“ (§ 54 Abs. 2 SGB XII). § 55 Abs. 2 SGB IX enthält ebenfalls einen Leistungskatalog. Die Angebote²⁰ der geplanten Wohnform entsprechen dabei zum Einen den „[...] Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen [...]“ (§ 55 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX) und zum

20 Siehe hierzu Kapitel 4. 6 Prozessqualität auf Seite 50.

Anderen den „[...] Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt [...]“ (§ 55 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX). Auch „[...] Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten [...]“ (§ 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX) werden in der geplanten Einrichtung erbracht. Schließlich sollen alle Angebote der Wohnform dazu beitragen, „[...] Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben [zu ermöglichen]“ (§ 55 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX).

Aufgrund der rechtlichen Sonderstellung der Zielgruppe²¹ findet bei dieser Wohnform auch die Gesetzgebung des Kinder- und Jugendhilferechts Anwendung. Das Leben in der stationären Einrichtung kann demnach auch eine Leistung im Sinne des § 41 SGB VIII (Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung) sein. Demnach soll „[e]inem jungen Volljährigen [...] Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung gewährt werden, wenn und solange die Hilfe aufgrund der individuellen Situation des jungen Menschen notwendig ist. Die Hilfe wird in der Regel nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres gewährt; in begründeten Einzelfällen soll sie für einen begrenzten Zeitraum darüber hinaus fortgesetzt werden“ (§ 41 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB VIII). Die Hilfen werden dann vorwiegend nach dem Katalog der Hilfen zur Erziehung (§ 27 ff. SGB VIII) erbracht, wobei der junge Volljährige oder sein gesetzlicher Betreuer den Antrag dafür selbst stellen muss. Die Betreuung in der geplanten Wohnform entspräche damit einer Leistung nach § 41 SGB VIII i. V. m. § 27, 34 (Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform) oder 35a (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) SGB VIII. Beachtet werden muss, dass die Hilfe in diesem Fall „[...] vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden [muss] [...]“ (Trenczek/ Tammen/ Behlert 2008, S. 392) und spätestens mit der Vollendung des 27. Lebensjahres endet.

4. 2 Zielstellung der Einrichtung

Die geplante Wohnform soll jungen Volljährigen, welche von einer chronisch psychischen Erkrankung betroffen sind oder bei denen eine chronisch psychische Störung neben anderen Beeinträchtigungen im Vordergrund steht, zur Verfügung

21 Siehe hierzu Kapitel 4. 3 Zielgruppe und Rahmenbedingungen für eine Aufnahme auf Seite 41.

stehen. Die nachfolgend genannten Ziele orientieren sich dabei an den von Jäckel, Hoffmann und Weig sowie von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. benannten Rehabilitationsbereichen (vgl. Jäckel/ Hoffmann/ Weig (Hrsg.) 2010, S. 33 und BAR 2010, S. 37):

- Unterstützung bei der Krankheitseinsicht
- Motivation der Bewohners zum Mitwirken an der Rehabilitationsmaßnahme
- (Re)Integration der Bewohner in die Gesellschaft
- Schaffung der Voraussetzungen zum Leben in einem Regelwohnheim, bei der eigenen Familie oder in einer eigenen Wohnung
- Training von Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung und Alltagsbewältigung
- Aktivierung von individuellen personen- und umweltbezogenen Ressourcen der Bewohner
- (Re)Integration der Bewohner auf den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Entwicklung und Training von sozialen Kompetenzen
- Vernetzung mit anderen, auch sich anschließenden Hilfsangeboten (beispielsweise ambulante Betreuungsdienste)
- Nachbetreuung der Bewohner nach deren Auszug aus der Wohnform

Anhand der benannten Ziele wird deutlich, dass die geplante Wohnform den Charakter einer Übergangswohnform haben wird. Sie stellt keine auf Dauer ausgelegte Wohnform für die Bewohner dar. Vielmehr soll sie Grundlagen für den Übergang in eine Regelwohnform, das Leben in der eigenen Familie oder in einer eigenen Wohnung schaffen, wo dann gegebenenfalls eine niederschwelligere Betreuung erfolgen kann. Das geplante Betreuungsangebot hat somit gleichzeitig einen nach²²- und vorsorgenden²³ Charakter.

22 Nachsorgender Charakter ist hier im Sinne einer Anschlussrehabilitation nach vorangegangenen Rehabilitationsmaßnahmen gemeint.

23 Vorsorgender Charakter ist hier im Sinne der Schaffung von Voraussetzungen zum Leben in niederschwelliger betreuten Wohnformen zu verstehen.

4.3 Zielgruppe und Rahmenbedingungen für eine Aufnahme

Die Zielgruppe für die geplante Wohnform wird durch die Lebenshilfe e. V. RV Oschatz genau definiert. Demnach richtet sich das Angebot der stationären Wohnform an junge Volljährige bis zum vollendeten 27. Lebensjahr. Die spezifische Zielgruppe kann wie folgt beschrieben werden:

Es handelt sich um junge Volljährige,

- bei denen eine chronisch psychische Beeinträchtigung vorliegt
- bei denen mehrere Beeinträchtigungen vorliegen, die chronisch psychische Erkrankung jedoch deutlich im Vordergrund steht

und

- welche nach einer voran gegangenen Behandlung aus einer stationären klinischen Einrichtung entlassen werden
- welche aus einer Wohnform entlassen werden, weil sie nicht mehr die rechtlichen Altersvoraussetzungen erfüllen (bspw. Kinder- und Jugendwohnformen)
- welche aus einer Wohnform entlassen werden, die der geplanten Wohnform vorgeschaltet ist und deren Rehabilitationsziele erreicht worden sind (bspw. intensiv-pädagogische Wohnformen)
- denen das Leben in einer Regelwohnform, bei der eigenen Familie oder einer eigenen Wohnung nicht, noch nicht oder nicht mehr möglich ist

Die Kostenzusage durch die sachlich und örtlich zuständigen Kostenträger stellt eine Grundvoraussetzung für die Aufnahme in die geplante Wohnform dar.

Die Spezifik der Wohnform und der individuellen Krankheitsbilder macht außerdem die Definition einiger Zugangsvoraussetzungen notwendig.

- Mindestalter von 18 Jahren
- Höchstalter von 26 Jahren²⁴

²⁴ Besser wäre ein geringeres Alter der potenziellen Bewohner, da die Verweildauer in der Wohnform bis zum 27. Lebensjahr begrenzt ist. Durch ein früheres Eintrittsalter ergibt sich ein längerer Zeitraum für die mögliche Rehabilitation der Klienten in der Wohnform.

- Therapiefähigkeit des Klienten²⁵
- keine akut bestehende Suizidgefahr
- keine akuten, dauerhaften und unkontrollierbaren Formen der Eigengefährdung sowie der Fremdgefährdung anderer Menschen, Tiere und Sachmittel
- kein akuter und unkontrollierbarer Konsum von Alkohol und illegalen Drogen aller Art

Um die individuelle Symptomatik eines jeden Interessenten ganzheitlich beleuchten zu können, sollte die Auswahl der Bewohner immer im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte, wie bspw. den behandelnden Psychiatern und Psychologen sowie den Sozialarbeitern und dem Betreuungspersonal der geplanten Wohnform erfolgen. Da eine gelingende Rehabilitation wesentlich von der Motivation der Betroffenen abhängt, sollte im Rahmen der Selbstbestimmung auf eine positive Einstellung der Klienten zur geplanten Maßnahme Wert gelegt oder darauf hingewirkt werden²⁶.

4. 4 Wünsche von chronisch psychisch kranken jungen Menschen für die Errichtung einer stationären Wohnform

Mit der durchgeführten Befragung wurden die Wünsche, Anforderungen und Vorstellungen chronisch psychisch kranker junger Menschen für die Errichtung einer stationären Wohnform eruiert. Dadurch war es möglich Anregungen zu erhalten, um eine Wohnform zu schaffen, in denen sich die Zielgruppe wohl fühlt- sowohl vom strukturqualitativen als auch vom prozessqualitativen Standpunkt aus betrachtet. Im nachfolgenden Kapitel werden die Vorgehensweise erläutert und die Befragungsergebnisse zusammen gefasst. Die exakte prozentuale Auswertung der Befragung findet sich im Anhang auf Seite 64.

25 Die bestätigte Therapiefähigkeit der potenziellen Bewohner ist ein wichtiges Kriterium, um die Eingliederung in die Wohnform für den jeweiligen Kostenträger begründbar zu machen. Austherapierte Patienten können nur schwer eine Kostenzusage für die Maßnahme erhalten. Außerdem ist zu beachten, dass der Status der Therapiefähigkeit in hohem Maße für die Motivation der Bewohner ausschlaggebend sein kann.

26 Siehe hierzu Kapitel 1. 4 Rehabilitation psychischer Störungen im Sinne der ICF auf Seite 14.

4. 4. 1 Begründung für die Verwendung eines Fragebogens

Mithilfe der Verwendung eines Fragebogens konnte ich von chronisch psychisch kranken Menschen selbst erfahren, welche Anforderungen sie an eine stationäre Wohnform stellen und welche Wünsche sie diesbezüglich haben. Zuerst geplante Gruppeninterviews wurden von mir nach Vorgesprächen mit den pädagogischen Fachkräften der jeweiligen Einrichtungen, in welchen die Befragung durchgeführt werden sollte, verworfen, weil ich immer wieder den Hinweis erhielt, dass viele behinderte Menschen ihre Meinung in Gruppengesprächen nicht gern preis geben. Als Grund dafür benannten sie einerseits die unterschiedlich starken Ausprägungen der jeweiligen Störung, zum anderen die Angst, während des Interviews zu genau als antwortende Personen sowohl vom Interviewer als auch von den anderen Teilnehmern wahrgenommen zu werden. Das Ausfüllen eines Fragebogens hingegen gebe ihnen das Gefühl von Sicherheit und Anonymität. Um möglichst unverfälschte Ergebnisse zu erhalten, habe ich mich deshalb für die Verwendung eines Fragebogens entschieden.

4. 4. 2 Angewandter Fragebogen

Der von mir entwickelte Fragebogen korreliert in einigen Merkmalen mit der von Assmann 2009 entwickelten Assistenznehmerbefragung (vgl. Assmann 2009, S.102 ff.). Die vollständige Anwendung seines Fragebogens war nicht möglich, weil ich in einem Pretest mit beeinträchtigten und nicht beeinträchtigten Menschen festgestellt habe, dass sowohl die eine, als auch die andere Gruppe mit der Skalierung des Fragebogens nicht zurecht kam. Besonders deutlich wurde dies an immer wieder notwendigen Erklärungen der Bewertungsskala. Die recht ähnlichen Smilies trugen bspw. zur Verwirrung in der Abstufung der Antwortmöglichkeiten bei und wurden tw. als sehr „kindisch“ empfunden. Gleichzeitig erhielt ich durch die Pretester immer wieder den Hinweis, dass im Falle der zu planenden Wohnform die Antwort auf die jeweiligen Items nur „ja“ oder „nein“, bzw. „ist mir wichtig“ oder „ist für mich nicht wichtig“ lauten könne, was das ausschließliche Ankreuzen der beiden Extreme „Ist mir wichtig“ oder „Ist für mich nicht wichtig“ belegte. Die zu bewertenden 18 Items hingegen wurden sehr gut verstanden. Aufgrund dessen habe ich mich entschieden, den Fragebogen

hinsichtlich der Antwortmöglichkeiten und des Layouts zu überarbeiten. Das Anschreiben, die Aufgabenstellung und die zu bewertenden Aussagen habe ich in ihrer Form beibehalten. Als Antwortmöglichkeiten habe ich nur „ja“ oder „nein“ vorgegeben und auf Smilies sowie Zahlenskalierungen verzichtet um die Bewertung zu vereinfachen. Aufgrund der besseren Lesbarkeit habe ich die Schriftgröße 14 gewählt. In einem erneuten Pretest wurde der Fragebogen von den gleichen Testgruppen sehr gut angenommen und verstanden. Der von mir adaptierte Fragebogen findet sich im Anhang auf Seite 60.

4. 4. 3 Rahmenbedingungen der Befragung

Insgesamt wurden 27 Personen im Alter von 16 bis 30 und eine Person im Alter von 14 Jahren mit vorwiegend chronisch psychischer Erkrankung befragt, welche tw. mit einer geistigen Behinderung gepaart ist. Damit haben insgesamt 28 von 31 ausgewählten Probanden an der Befragung teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 90,3 Prozent. Die Befragung fand sowohl in anerkannten WfbMs als auch in verschiedenen Wohnformen unterschiedlicher Träger und in einer Förderschule für geistig Behinderte statt. Dabei wurden die möglichen Probanden durch das Personal der Einrichtung ausgewählt mit der Maßgabe, dass die chronisch psychische Erkrankung im Vordergrund der Beeinträchtigung steht und die Probanden 16 bis 30 Jahre alt sind. Die Befragung des 14-jährigen Probanden ergab sich aus der Einschätzung des Fachpersonals, da er bereits unabhängig von der Befragung in Gesprächen mit Betreuern Wünsche zum stationären Wohnen geäußert und genaue Vorstellungen davon hatte. Die geringe Anzahl der Befragten ergibt sich aus der Besonderheit, dass die Gruppe der psychisch kranken Menschen im Alter von 16 bis 30 Jahren in stationären und teilstationären Einrichtungen dieser Art nur sehr klein ist. Damit ist die Befragung keinesfalls repräsentativ und stellt kein allgemeines Meinungsbild der Gruppe der chronisch psychisch kranken jungen Menschen und jungen Erwachsenen dar. Vielmehr ist sie eine Sammlung der Wünsche von „Experten in eigener Sache“ und somit als Anregung zu verstehen.

Vor der Beantwortung des Fragebogens stellte ich mich den Probanden vor, erklärte meine Absicht und gab ihnen Gelegenheit, Fragen zu stellen. In 27 von 28

Fällen war ich während der Befragung auf Wunsch anwesend. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgte meist durch die Probanden allein. Zwei Befragungen wurden zusammen mit einem Betreuer der jeweiligen Einrichtung durchgeführt, da die Probanden diese moralische Unterstützung wünschten. In ebenfalls zwei Fällen wurde der Fragebogen mit Hilfestellung in der Verschriftlichung beantwortet. Die Eingangsfragen nach dem Alter und Geschlecht sollten den Teilnehmern den Einstieg in den Fragebogen erleichtern und bleiben für die Ermittlung der Wünsche von Betroffenen unerheblich. Deutlich wird jedoch die Unterrepräsentation der Altersgruppe von 16 bis 18 Jahren in den Einrichtungen mit nur einem Fünftel der Probanden. Die größte Altersgruppe mit 48 Prozent war die der 19 bis 25-jährigen. Auch nahmen weitaus mehr Männer als Frauen an der Befragung teil. 75 Prozent der Probanden waren männlichen Geschlechts.

4. 4. 4 Wünsche der potenziellen Bewohner

Mehr als drei Viertel der Befragten wünschen sich eine familiäre Wohnform, 71 Prozent bevorzugen Wohnen in Wohngemeinschaften. Gleichzeitig wird deutlich, dass fast zwei Drittel der Probanden, nämlich 64 Prozent auch das Leben in einem Wohnheim gut heißen. Vorstellbar wäre hier eine Kombination aus beiden Wohnformen. So könnte die geplante Wohnform als Wohnheim mit zwei oder drei verschiedenen Wohngemeinschaften entstehen, wodurch gleichzeitig dem Wunsch nach familiärer Atmosphäre entsprochen werden kann. Die Größe der Wohnform scheint für die Befragten ebenfalls von Bedeutung zu sein. So befürworteten 57 Prozent eine eher kleinere Wohnform, wogegen eine Wohnform mit vielen Bewohnern mit 61 Prozent der Probanden verneint wird. Bezüglich der Lage wünschen sich 54 Prozent der Bewohner eher eine Wohnform innerhalb der Stadt, 39 Prozent bevorzugen die Lage am Stadtrand. Die geplante Wohnform kann hier beiden Wünschen entsprechen, da sie sich zwar außerhalb des Stadtzentrums, aber dennoch in zentraler Lage und nahe den unterschiedlichsten Einrichtungen des täglichen Lebens befindet. Gleichzeitig sind Erholungsgebiete, wie der nah gelegene O-Schatz-Park und der Stadtpark, schnell erreichbar.

Bei anzustrebenden Angeboten der geplanten Einrichtung zeichnen sich klare Vorstellungen ab. So befürworteten 89 Prozent der Befragten Trainingsangebote zur

Verbesserung der Selbstständigkeit und zum Führen eines eigenen Haushaltes im Rahmen des Wohnangebotes. Mehr als vier Fünftel der Probanden erachten außerdem die Möglichkeit zur selbstständigen Übernahme von Aufgaben als sehr wichtig. Eine noch deutlichere Positionierung erfolgte bei der Frage nach Arbeitsangeboten: 96 Prozent aller Befragten erachten das Vorhandensein verschiedener Arbeitsangebote für notwendig. Haustiere und verschiedene Sportangebote werden von knapp einem Fünftel der Probanden abgelehnt. Die restlichen 82 Prozent wünschen sich sowohl Haustiere als auch die Möglichkeit, Sport zu treiben. Denkbar ist hier zum Beispiel das Halten von Kaninchen und/oder Meerschweinchen im hauseigenen Garten oder einer Katze. Die Versorgung der Tiere kann dann gemeinsam mit den Bewohnern erfolgen, welche sich für Haustierhaltung aussprechen. In Hinsicht auf Sportangebote könnten bspw. regelmäßig Einheiten zur Aktivierung der Bewohner angeboten werden. Vorstellbar ist auch eine Kooperation mit externen Sportvereinen und -stätten.

Gegenüber der tiergestützten Therapie sind die Befragten zweigeteilt eingestellt. 54 Prozent bejahen ein solches Angebot. In Erläuterungen, welche die Probanden aus Eigeninitiative zur Beantwortung ihrer Fragebögen gaben, wurde oft der vermeintlich kindische Aspekt dieser Therapieform benannt. Ähnliches gilt für die Musiktherapie, welche von 57 Prozent der Probanden als unnötig erachtet wird. Sinnvoll wäre hier die Kooperation mit externen Tier- und Musiktherapeuten, um die Therapieangebote ohne ständige Präsenz vorhalten zu können. Das Erlernen eines besseren Umgangs mit der eigenen Erkrankung befürworteten drei Viertel der Befragten. Daraus wird deutlich, dass die von Jäckel, Hoffmann und Weig geforderte Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung berechtigt ist (vgl. Jäckel/ Hoffmann/ Weig (Hrsg.) 2010, S. 33). Gleichzeitig wird auch deutlich, dass die Notwendigkeit für eine Begleitung während der Krankheitsbewältigung bei 25 Prozent der Befragten nicht gesehen wird. Zu begründen ist dies zum Einen damit, dass sich nicht alle Probanden ihrer Beeinträchtigung bewusst sind und deshalb auch keine Notwendigkeit Begleitung im Bewältigungsprozess sehen. Zum Anderen wird die eigene Störung teilweise als peinlich wahrgenommen und verdrängt.

Der Wunsch nach der Zusammenarbeit mit der eigenen Familie besteht bei etwa

zwei Dritteln der Befragten. 36 Prozent befürworten diese Zusammenarbeit nicht. Es gilt also zu beachten, ob der Bewohner an dieser Zusammenarbeit interessiert ist. Ein Ablehnen kann u. a. darin begründet sein, dass sein Verhältnis zur Familie eher schlecht ist, oder er sich seiner Erkrankung schämt. Auch der Prozess der emotionalen Ablösung von der Herkunftsfamilie, wie er vor allem im Jugendalter und somit auch innerhalb der Gruppe der Befragten und potenziellen Zielgruppe erfolgt, kann eine Ursache dafür sein. Um eine gewinnbringende Rehabilitation betreiben zu können, ist es deshalb wichtig, den Klienten über den Einbezug seiner Familie mitentscheiden zu lassen. Fast vier Fünftel aller Probanden befürworten außerdem die weitere Zusammenarbeit mit dem eigenen Arzt und/oder Psychologen während des Lebens in einer stationären Wohnform.

Die durchgeführte Befragung macht deutlich, dass hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung einer solchen stationären Wohnform genaue Vorstellungen bestehen. Besonders Angebote der zum (Wieder)Erlangen von Selbstständigkeit sind für die Probanden von großer Bedeutung. Die Motivation, ein selbstbestimmteres und selbstständigeres Leben zu führen, ist bei der befragten Gruppe der chronisch psychisch kranken jungen Menschen und jungen Erwachsenen sehr hoch. Gleichzeitig lassen sich aus den Befragungsergebnissen Angebote der internen und externen Tagesstruktur der geplanten Wohnform ableiten, welche mehr im Sinne der potenziellen Bewohner sind. Im Rahmen der Orientierung am Konzept der Selbstbestimmung ist dies ein wichtiger Schritt.

4. 5 Strukturqualität

4. 5. 1 Lage der Einrichtung

Das Objekt für die geplante Wohnform befindet sich außerhalb des Stadtzentrums von Oschatz. In unmittelbarer Nähe liegen der O-Schatz-Park und der Stadtpark sowie die Wohnstätten eins bis vier der Lebenshilfe e. V. RV Oschatz. Alle Einrichtungen des öffentlichen Lebens, wie das Rathaus, Einkaufsmöglichkeiten, Restaurants und Bars aber auch verschiedene Arztpraxen und die Collm-Klinik Oschatz können durch die Bewohner zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden. Zur Wohnform gehört außerdem ein Garten, der im Sommer zum Verweilen einlädt und die Haltung von Kleintieren, wie bspw. Hasen ermöglicht.

4. 5. 2 Räumliche Bedingungen

Im Rahmen der Wohnform können insgesamt 12 Betreuungsplätze angeboten werden, welche auf zwei Wohngruppen aufgeteilt werden können. Dadurch entsteht ein sehr familiärer Charakter des Wohnangebots. In den beiden Wohngruppen stehen jeweils vier Einzel- und ein Doppelzimmer mit Sanitärbereich, sowie ein Gruppenraum zur gemeinsamen Nutzung, eine Gemeinschaftsküche und ein Hauswirtschaftsraum zur Verfügung. Im Erdgeschoss befinden sich außerdem ein Timeout-Raum²⁷ und ein Allzweckraum, welcher bspw. im Rahmen der Musik- und Sporttherapie sowie für die Behandlung und Therapien durch externe Ärzte, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten genutzt werden kann. Im Keller befinden sich der Vorrats- und ein Raucherraum. Alle Bewohnerzimmer werden mit einem Bett, einem Kleiderschrank und einem Tisch mit Stuhl grundausgestattet. Dabei hat jeder Bewohner die Möglichkeit, sein Zimmer nach individuellen Vorstellungen und Wünschen zu dekorieren und auszugestalten um eine wohnliche und für ihn gemütliche Atmosphäre zu schaffen. Wenn es nötig ist, können ihn die Betreuer dabei unterstützen.

4. 5. 3 Personelle Bedingungen

„Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung *eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner*[...]in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise [...] sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung *sichern*[...]“ (§ 11 HeimG). Eine qualitativ hochwertige Betreuung der Bewohner der geplanten Wohnform kann nur mit gut qualifiziertem Fachpersonal erfolgen. Die Heimpersonalverordnung nennt dafür einige Voraussetzungen. Der Heimleiter muss für seine Aufgabe fachlich *und* persönlich geeignet sein (§ 2 Abs. 1 HeimPersV). Absatz 2 definiert die Kriterien

²⁷ Der Timeout-Raum soll den Bewohnern einen Rückzugspunkt in Krisensituationen bieten. Er ist insofern nur zur aktiven Nutzung durch die Bewohner selbst, nicht als Möglichkeit zum Verschluss durch die Betreuer, zu verstehen. Da jedoch einige potenzielle Bewohner aus Einrichtungen stammen können, die mit einem solchen Timeout-Raum, auch begrifflich, arbeiten, soll ihnen diese Rückzugsmöglichkeit auch in der geplanten Wohnform gewährt werden.

der fachlichen Eignung, wobei Nr. 1 und Nr. 2 kumulativ erfüllt sein müssen. Demnach ist als Heimleiter fachlich geeignet, wer „[...] eine Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen oder in einem kaufmännischen Beruf oder in der öffentlichen Verwaltung mit staatlich anerkanntem Abschluss nachweisen kann und“ (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 HeimPersV) durch eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung die weiteren für die Leitung des Heims erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat. Die Wahrnehmung geeigneter Weiterbildungsangebote ist zu berücksichtigen“ (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 HeimPersV). Denkbar wäre hier beispielsweise der Einsatz von staatlich anerkannten Sozialarbeitern, welche neben wichtigem wirtschaftlichen und leitungsspezifischen Wissen vor allem über pädagogisches Fachkenntnisse verfügen. Persönliche Ausschlussgründe werden im § 3 der Heimpersonalverordnung benannt.

Neben dem Heimleiter wird in der geplanten Wohnform vorrangig Betreuungspersonal zum Einsatz kommen. „Betreuende Tätigkeiten dürfen nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden“ (§ 5 Abs. 1 HeimPersV), wobei bei weniger als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern mindestens ein Beschäftigter eine Fachkraft sein muss (vgl. § 5 Abs. 1 HeimPersV). Als Fachkräfte gelten dabei Personen mit einer fachspezifisch abgeschlossenen Berufsausbildung (vgl. § 6 HeimPersV). In der geplanten Wohnform können bspw. Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sowie Erzieher und Heilerziehungspfleger zum Einsatz kommen. Vorstellbar ist die Unterstützung der Fachkräfte durch Praktikanten in der Ausbildung in einem sozialwissenschaftlichen Beruf und Ableistende des Bundesfreiwilligendienstes. In Bezug auf die Festlegung der Mindestanforderungen nach §§ 2 bis 6 verweist § 7 der Heimpersonalverordnung noch einmal auf die besondere Berücksichtigung von einerseits spezifischen Aufgaben bei der Betreuung, Förderung und Eingliederung und andererseits speziellen Bedürfnissen der Bewohner in Heimen für behinderte Volljährige. Dies entspricht dem Anspruch der geplanten Wohnform. Die Auswahl des Personals sollte somit immer unter Berücksichtigung der spezifischen Beeinträchtigungsformen und den Bedürfnissen der Klienten erfolgen und richtet sich letztendlich nach dem Hilfebedarf der in der Einrichtung

lebenden Bewohner. Regelmäßige Fort- und Weiterbildungsangebote für die Beschäftigten sollen dabei die Qualität der Betreuung sichern.

4. 6 Prozessqualität

4. 6. 1 Interne Tagesstruktur

Wichtige Ziele der geplanten Einrichtung sind das Training von Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung und Alltagsbewältigung, sowie die (Re)Integration der Bewohner in die Gesellschaft und den ersten Arbeitsmarkt. Die dafür erforderlichen Kompetenzen, wie bspw. Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und die Fähigkeit bzw. die Motivation, Verpflichtungen einzuhalten, werden jedoch noch nicht bei jedem Bewohner von Beginn der Maßnahme an genügend ausgeprägt sein. Ziel der internen Tagesstruktur ist es deshalb, diese notwendigen Fähigkeiten und sozialen Kompetenzen zu entwickeln, trainieren und festigen, um einen erfolgreichen Übergang in die externe Tagesstruktur und schließlich in eine niederschwelliger betreute Wohnform zu ermöglichen. Die Förderung erfolgt vor allem durch Training zur Selbstständigkeit und zum Führen eines eigenen Haushaltes, welches gemeinsam mit den Betreuern erfolgt. Training zum Führen eines eigenen Haushaltes kann beispielsweise durch das Durchführen hauswirtschaftlicher Tätigkeiten in der Einrichtung und dem eigenen Wohnbereich, Waschen der eigenen Wäsche (inkl. Vorsortieren, Trocknen, ggf. Bügeln, Legen und in den Schrank räumen), Versorgung der Haustiere, Erstellung eines Speiseplanes und Einkaufszettels sowie Einkaufen erfolgen. Zum Training zur Selbstständigkeit gehört v. a. das Wahrnehmen von Arzt-, Therapie- und Behördenterminen und anderen Verpflichtungen. Denkbar ist hier die anfängliche Erinnerung und Begleitung der Bewohner zu ebensolchen Terminen, welche im Verlauf allmählich weniger wird und schließlich ganz entfällt. Gleichzeitig sollte im Rahmen dessen auch die Sensibilisierung des Bewohners zum eigenständigen Erkennen von Hilfebedarfen erfolgen. Im Rahmen des Arbeitstrainings soll der Bewohner auf das spätere Arbeiten vorbereitet werden. Dies kann zum Beispiel durch zeitlich begrenzte Besuche und Tätigkeiten in der potentiellen Arbeitsstätte erfolgen, welche durch einen Betreuer der Wohnform begleitet werden. Im weiteren Verlauf, v. a. aber in der Phase des Übergangs von der internen zur

externen Tagesstruktur, kann die Häufigkeit und Dauer der Begleitung verringert werden. Vorstellbar ist auch die Erprobung verschiedener Arbeiten innerhalb der Einrichtung. Unter Beachtung des spezifischen Förderbedarfs der einzelnen Klienten könnte sich der Tagesablauf der internen Tagesstruktur wie folgt gestalten:

- zwischen 7:00 Uhr und 8:00 Uhr: Wecken der Bewohner; anschließend möglichst selbstständige Durchführung der Morgenhygiene (Motivation und Anleitung durch die Betreuer sollte nur bei Bedarf erfolgen)
- im weiteren Verlauf sollte die Förderung der Bewohner durch eigenständiges Aufstehen nach dem Wecker und eine selbst verantwortliche Durchführung der Morgenhygiene erfolgen
- ca. 8:30 Uhr: gemeinsames Frühstück; die Vorbereitung erfolgt durch die Bewohner mit Unterstützung des Betreuungspersonals bei Bedarf
- im Anschluss an das Frühstück:
 - Möglichkeit zur Wahrnehmung von Therapieangeboten (intern und extern)
 - Training zum Führen eines eigenen Haushaltes
 - Training zur Selbstständigkeit
 - Aktivitäten in der Gruppe
 - Arbeitstraining
- etwa 12:00 Uhr: gemeinsames Mittagessen, welches von der Großküche der trägereigenen Werkstatt für behinderte Menschen angeliefert wird; die Vor- und Nachbereitung erfolgt durch die Bewohner mit Unterstützung des Betreuungspersonals bei Bedarf
- im Anschluss Zeit zur freien Verfügung
- etwa 15:00 Uhr: gemeinsames Kaffeetrinken, die Teilnahme ist freiwillig
- im Anschluss Angebote der vormittäglichen Tagesstruktur sowie Möglichkeit zur Wahrnehmung privater Termine, Arzttermine u.s.w.
- etwa 18:00 (in Absprache mit den Bewohnern): Vorbereitung des Abendessens, wobei die Möglichkeit zum Kochen warmer Gerichte besteht; Unterstützung durch das Betreuungspersonal erfolgt bei Bedarf;

anschließend gemeinsames Abendessen mit Nachbereitung durch die Bewohner

- im Anschluss Möglichkeit zur selbstständigen Abendgestaltung, eigenverantwortliche Vorbereitung auf die Nachtruhe
- ab 22:00 Uhr: Nachtruhe und Aufenthalt im Privatbereich

Im Rahmen der internen Tagesstruktur besteht die Möglichkeit zur Variation der Abläufe. Schließlich geht es hierbei nicht um vorzugebende Beschäftigung der Bewohner, sondern vielmehr um die Förderung ihrer Selbstkompetenz. Deshalb sollten die Bewohner in angemessenem Maße an der Gestaltung der internen Tagesstruktur beteiligt und Veränderungswünsche der Bewohner diskutiert und berücksichtigt werden. Besonders an Wochenenden ist ein Abweichen vom regelmäßigen Tagesablauf, v. a. aber späteres Aufstehen und Frühstück, sowie mehr Raum zur Ausübung von Freizeitaktivitäten, möglich.

4. 6. 2 Externe Tagesstruktur

Die externe Tagesstruktur, welche im Anschluss an die interne Tagesstruktur folgt, ermöglicht den Bewohnern, an Maßnahmen außerhalb der geplanten Wohnform teilzunehmen, welche sich vor allem auf die Förderung des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt oder die Entwicklung und den Erhalt von arbeitsrelevanten Fähigkeiten beziehen. Gleichzeitig schaffen der „Arbeitsalltag und damit verbundene Rechte und Pflichten (leistungsgerechte Entlohnung, pünktliches Erscheinen, Einhalten von Arbeits- und Pausenzeiten) [...] ein Stück Normalität und tragen zur Integration in gesellschaftliche Kontexte bei“ (Oldenburg 2012, S. 5²⁸). Im Rahmen der externen Tagesstruktur können die Bewohner bspw.

- an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der trägereigenen WfbM teilnehmen
- an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben in verschiedenen Berufsbildungswerken teilnehmen

28 Oldenburg, K. (2012): Praxisbericht zur Absolvierung des berufspraktischen Studienseesters im begleitenden Sozialen Dienst der der Werkstatt für behinderte (WfbM) der Lebenshilfe e. V. RV Oschatz. Hochschulinterne Schrift.

- Praktika auf dem ersten Arbeitsmarkt absolvieren
- schulische Ausbildung und Schulabschluss absolvieren
- Berufsausbildungen in Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes absolvieren
- schulische Berufsausbildungen absolvieren
- in Unternehmen auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeiten

Durch den Verbleib in der geplanten Einrichtung besteht die Möglichkeit, den Bewohnern gerade zu Beginn in eventuell auftretenden Krisensituationen beizustehen und sie bei Bedarf zu unterstützen, damit die Maßnahmen der externen Tagesstruktur gewinnbringend absolviert werden können. Eine enge Zusammenarbeit mit den Schulen, Bildungswerken und Unternehmen ist dafür unabdingbar um schnellstmöglich und dennoch angemessen auf die Problemlagen der Bewohner reagieren zu können. Die im Rahmen von Gesprächen festzulegenden Interventionen oder Maßnahmen sollten immer in Zusammenarbeit von Bewohner, Betreuern, Mitarbeitern der jeweiligen externen Einrichtung und ggf. mit dem behandelnden Arzt und/ oder Psychologen erfolgen.

4. 6. 3 Therapeutische Angebote

Innerhalb der geplanten Wohnform stehen Räumlichkeiten zur Verfügung, welche für therapeutische Maßnahmen genutzt werden können. Die Lebenshilfe e. V. RV Oschatz beschäftigt neben einer Psychologin auch Ergo- und Physiotherapeuten sowie Logopäden. Die Bewohner können dabei selbst entscheiden, ob eine Zusammenarbeit mit den trägerinternen oder externen Therapeuten erfolgt. Im Rahmen des Trainings zur Selbstständigkeit wird die Verlagerung der Therapien von den hausinternen Räumlichkeiten in die Praxen der jeweiligen Therapeuten angestrebt, die dann vom Bewohner selbst aufgesucht werden sollen. Eine anfängliche Begleitung durch einen Betreuer ist bei Bedarf möglich.

In Kooperation mit trägerinternen und -externen Fachkräften können sowohl tiergestützte Therapie und Musiktherapie angeboten werden. Da die Einstellungen zu diesen Therapieformen im Rahmen der durchgeführten Befragung sehr unterschiedlich waren, sollte die Teilnahme daran ausschließlich freiwillig

erfolgen. In Absprache mit den jeweiligen Fachkräften ist es auch denkbar, diese beiden Therapieformen in Räumlichkeiten außerhalb der geplanten Einrichtung anzubieten oder bereits vorhandene Angebote, welche bspw. in anderen Wohnstätten vorgehalten werden, zu nutzen. Interessierte Bewohner können diese dann eigenständig wahrnehmen.

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit Familienangehörigen erscheint es sinnvoll, innerhalb der geplanten Wohnform Fachkräfte mit familientherapeutischer Zusatzqualifikation zu beschäftigen, welche den Prozess im Bedarfsfall unterstützen können.

4. 6. 4 Weitere Angebote

In der Phase des Übergangs in eine niederschwelliger betreute Wohnform wird der entsprechende Bewohner durch das Betreuungspersonal unterstützt. So kann bspw. Hilfe bei der Suche nach einer geeigneten Wohnung erfolgen und die Eigenverantwortung gefördert werden, indem der Bewohner völlig selbstständig für die Verrichtung alltäglicher Aufgaben zuständig ist (Einkaufen, Wäsche waschen, Zubereiten von Mahlzeiten, Wahrnehmung von Terminen) und eine Überprüfung durch den Betreuer allenfalls nur noch sporadisch erfolgt. Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des ambulanten Betreuungsdienstes der Lebenshilfe e. V. RV Oschatz ein. Wird eine solche Betreuung angestrebt, erscheint es sinnvoll, die Betreuer bereits in die Wohnungssuche und damit zusammenhängende Aufgaben einzubeziehen, damit sich Bewohner und Betreuer kennen lernen. Soll der Bewohner in die eigene Familie zurück kehren, ist die Anbahnung über einen längeren Zeitraum denkbar (bspw. an einzelnen Tagen in der Häuslichkeit der Familie übernachten, wobei die Abstände der Übernachtungen ab- und deren Dauer zunehmen). Ist der Übergang in eine andere Wohnstätte oder Außenwohngruppe vorgesehen, ist die Orientierung an deren Tagesabläufen und Betreuungsleistungen denkbar, um den Bewohner auf das dortige Leben vorzubereiten. Eine Nachbetreuung mit immer geringeren Kontaktphasen kann bei Bedarf erfolgen. Jedem ehemaligen Bewohner steht es außerdem frei, die geplante Einrichtung nach seinem Auszug zu besuchen. Die geplante Wohnform bietet außerdem jährliche Urlaubs- und Tagesfahrten an.

Bewohner, welche die trägereigene WfbM besuchen, können auch an den dort angebotenen Urlaubsfahrten teilnehmen.

4. 7 Kooperationspartner

4. 7. 1 Zusammenarbeit mit Familie und gesetzlichen Betreuern

Die Zusammenarbeit mit den Eltern, der Familie und den gesetzlichen Betreuern der Bewohner ist für das Gelingen jeglicher Maßnahmen zur Förderung von großer Bedeutung. Die Kooperation mit den gesetzlichen Betreuern ist unabdingbar, da sie in Abhängigkeit ihres Aufgabenbereiches über die Belange der von ihnen betreuten Bewohner entscheiden.

Die Zusammenarbeit mit der Familie der Klienten sollte im Rahmen der Selbstbestimmung jedoch nur mit deren Zustimmung erfolgen, da diese, bedingt durch verschiedenste Gründe, nicht immer erwünscht ist. Wird sie jedoch durch den Bewohner befürwortet, kann eine gute Zusammenarbeit zwischen Familie, Bewohner und den Betreuern der geplanten Wohnform zur Aktivierung von wertvollen Ressourcen im sozialen Umfeld des Betroffenen führen. Familienangehörige können emotionalen Halt geben, den Bewohner im Anschluss an die Maßnahme in der geplanten Wohnform in der Bewältigung des Alltages unterstützen und auf eventuelle Frühwarnzeichen der spezifischen Störung reagieren. Dies setzt natürlich eine umfangreiche Sensibilisierung der Angehörigen für diese Anzeichen voraus, welche u. a. in der geplanten Einrichtung erfolgen kann. Der Kontakt der Bewohner zu Familienangehörigen wird durch die Gesetzgebung unterstützt. Demnach können behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, welche Leistungen der Eingliederungshilfe in stationären Einrichtungen erhalten, oder ihren Angehörigen im Einzelfall Beihilfen zum gegenseitigen Besuch gewährt werden (vgl. § 54 Abs. 2 SGB XIII).

4. 7. 2 Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen

Die Zusammenarbeit und genaue Absprachen mit den behandelnden Ärzten und Psychologen sichert eine gewinnbringende Maßnahme innerhalb der geplanten Wohnform. So können Förderungen spezifisch auf den einzelnen Klienten abgestimmt werden. Bei auftretenden Krisensituationen ist ein regelmäßiger

Informationsaustausch unabdingbar, um angemessen auf die Problemlage des jeweiligen Bewohners reagieren zu können. In besonders akuten psychologisch bedingten Gefährdungslagen (akute Eigen- und Fremdgefährdung) hat sich in anderen trügereigenen Einrichtungen die Zusammenarbeit mit dem Fachkrankenhaus Hubertusburg in Wermsdorf bewährt, welches über eine eigene Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt.

Die Bewohner können bei Bedarf zu den jeweiligen Arztterminen begleitet werden. Gleichzeitig können diese Termine im Rahmen des Trainings zur Selbstständigkeit genutzt werden, indem die Erinnerung und Begleitung durch den Betreuer im Verlauf der Maßnahme abnimmt.

4. 7. 3 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

Im Rahmen der externen Tagesstruktur der geplanten Einrichtung wird eine Zusammenarbeit mit der trügereigenen Werkstatt für behinderte Menschen in Lonnwitz, örtlichen Berufsbildungswerken, örtlichen Schulen und Berufsschulen sowie ansässigen Unternehmen erfolgen. Die genaue Benennung der Kooperationspartner kann erst im Rahmen der jeweiligen Maßnahmen erfolgen. Denkbar ist auch die Zusammenarbeit mit ansässigen Sportvereinen und -stätten, da sich in der durchgeführten Befragung über 80 Prozent der Probanden Sportangebote wünschen.

4. 8 Öffentlichkeitsarbeit

Wie bereits unter Punkt 2. 4 benannt, sind von psychischen Störungen betroffene Menschen häufig von Vorurteilen und Stigmatisierungen durch die Gesellschaft betroffen, was wiederum den Prozess der Krankheitseinsicht und -bewältigung erschwert (vgl. BAR 2010, S. 38). Öffentlichkeitsarbeit sollte versuchen, über psychische Störungen zu informieren, dafür zu sensibilisieren und dadurch Ängste der Gesellschaft abzubauen. Dies gilt auch für andere Formen von Beeinträchtigungen. Die Lebenshilfe e. V. RV Oschatz ist regelmäßig in der regionalen Presse und bei Veranstaltungen vertreten. Ein wesentlicher Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit ist die Bewirtschaftung des „O-Schatz-Parks“ mit Tierpark und Freizeitanlagen sowie der „Pension am Park“ durch behinderter Mitarbeiter

der WfbM, wodurch ein immer währender Kontakt zwischen beeinträchtigten und nicht beeinträchtigten Menschen besteht. Regelmäßig nehmen die Bewohner aller Wohnformen an öffentlichen Veranstaltungen jeglicher Art teil. All diese Aspekte tragen zur Integration der behinderten Menschen in gesellschaftliche Zusammenhänge bei und werden auch durch die geplante Wohnform verwirklicht werden. Die angestrebte Zusammenarbeit mit Schulen, Bildungswerken und ortsansässigen Unternehmen im direkten Umgang mit den Bewohnern ist dabei ein großer Fortschritt, da sie in dieser Form noch nicht existiert.

5 Schlusswort

Die vorliegende Arbeit hat die spezifischen Besonderheiten im Krankheitsbild, im Erleben und in der Betreuung psychisch erkrankter Menschen dargestellt. Die Störung dabei als Konstrukt verschiedener Faktoren zu betrachten, trägt wesentlich zum Erfolg von Rehabilitationen teil. Nicht mehr die Behandlung und Eindämmung von Symptomen stehen im Vordergrund des Handelns, sondern die Einbeziehung des Betroffenen, seiner Familie und seines sozialen Umfeldes. Gleichzeitig wird deutlich, dass gerade die Einbeziehung der Familie nicht immer vom Klienten gewünscht ist- ein Wunsch, der im Rahmen der Förderung seiner Selbstbestimmung und Selbstverantwortung berücksichtigt werden sollte. Einen großen Stellenwert hat der bessere Umgang mit der eigenen psychischen Störung. Die pädagogische Konzeption der geplanten Wohnform stellt einen Vorschlag zur gewinnbringenden Rehabilitation chronisch psychisch kranker junger Volljähriger dar. Das Training zur Selbstständigkeit und die damit verbundene Förderung der Selbstverantwortung können, bei spezifischer Abstimmung auf den jeweiligen Bewohner, zu einem besseren Krankheitserleben und zur Integration in die Gesellschaft beitragen. Dabei sollten jedoch immer die individuellen Belange der Betroffenen berücksichtigt werden, um diese weder zu über- noch zu unterfordern. Der Fokus liegt hier vor allem bei den pädagogischen Fachkräften der Wohnform sowie in einer intensiven und transparenten Zusammenarbeit mit allen am Rehabilitationsprozess Beteiligten. Nicht zuletzt ist der Bewohner selbst in den Prozess mit einzubeziehen.

Eine Neuerung ergibt sich in der angestrebten Zusammenarbeit mit Schulen, Berufsschulen und ansässigen Unternehmen. Der direkte Kontakt zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen stellt eine Chance zur Verringerung von Hemmnissen im Umgang beider Gruppen miteinander dar. Beiderseitige Ängste und Unsicherheiten können abgebaut werden. Gleichzeitig rückt Behinderung durch die Präsenz dieser Gruppe stärker ins öffentliche Bewusstsein. Auf diese Art und Weise trägt die geplante Wohnform auch zur Entstehung einer inklusiven Gesellschaft und damit zur Verwirklichung der im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung benannten Ziele bei. Aus diesem Anspruch folgt der nächste Schritt in der Verwirklichung des vorgelegten Konzepts: Die Suche

nach aufgeschlossenen und geeigneten Kooperationspartnern in der Region
Oschatz.

6 Anhang

6. 1 Angewandter Fragebogen

Ihre Meinung ist mir wichtig!

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meiner Studienabschlussarbeit möchte ich erfahren, welche Anforderungen chronisch psychisch kranke junge Menschen an eine stationäre Wohnform stellen.

Stellen Sie sich vor, Sie dürften entscheiden, wie eine solche Wohnform gestaltet werden soll.

Wie würden Sie das Haus bauen?

Was müsste es Ihrer Meinung nach alles dort geben?

- Bitte lassen Sie keine Frage aus
- Beantworten Sie die Fragen nacheinander
- Die Befragung erfolgt anonym
- Die Daten werden nur zum Zwecke der Abschlussarbeit verwendet
- Für Nachfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung
- Bitte kreuzen Sie nun an: ☐

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Kristin Oldenburg

Wie alt sind Sie? 16 - 18 Jahre ☐ 19 - 25 Jahre ☐
26 - 30 Jahre ☐

Sind Sie männlich oder weiblich? Männlich ☐ Weiblich ☐

1. Die Wohnform soll ein Wohnheim sein. ja ☐ nein ☐

2. Die Wohnform soll eine Wohngemeinschaft (WG) sein. ja ☐ nein ☐

3. Die Wohnform soll groß sein, mit vielen Leuten. ja ☐ nein ☐

4. Die Wohnform soll klein sein, mit wenigen Leuten. ja ☐ nein ☐

5. Die Wohnform soll familiär sein. ja ☐ nein ☐

6. Die Wohnform soll am Stadtrand liegen. ja ☐ nein ☐

7. Die Wohnform soll innerhalb der Stadt liegen. ja ☐ nein ☐

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 8. Es soll Training zur Verbesserung der Selbstständigkeit geben. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Es soll Training zum Führen eines eigenen Haushaltes geben. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Es soll verschiedene Arbeitsangebote geben. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Es soll Möglichkeiten geben, selbstständig Aufgaben zu übernehmen. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 12. Es soll Haustiere geben. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Es soll Sportangebote geben. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 14. Es soll Therapieangebote mit Tieren geben. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 15. Es soll Musiktherapie geben. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 16. Ich will lernen, besser mit meiner Erkrankung umzugehen. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

17. Es soll mit der eigenen
Familie zusammen gearbeitet
werden.

ja ☐

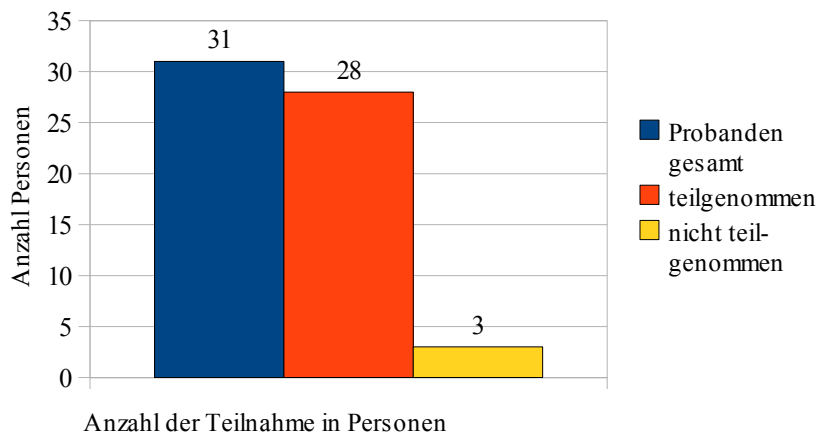
nein ☐

18. Es soll mit dem eigenen Arzt
oder Psychologen zusammen
gearbeitet werden.

ja ☐

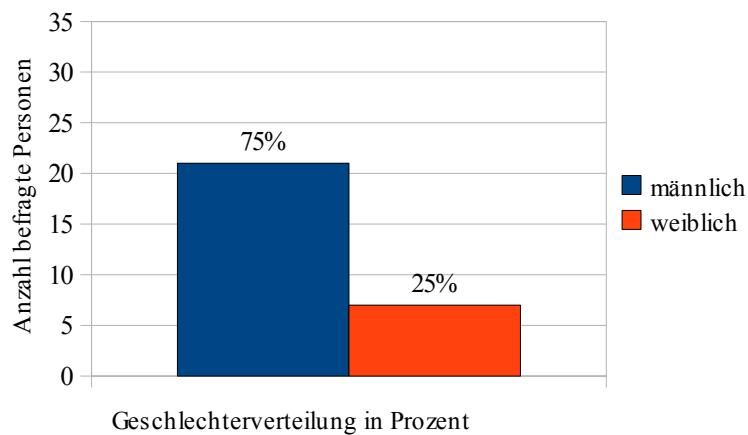
nein ☐

6.2 Auswertung der Befragung



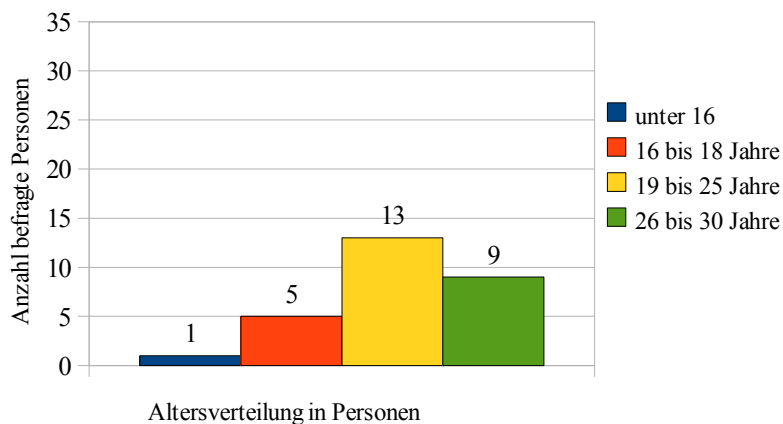
(Abb. 3: Teilnahmeverhalten der Probanden, eigene Darstellung)

Geschlechterverteilung der Probanden



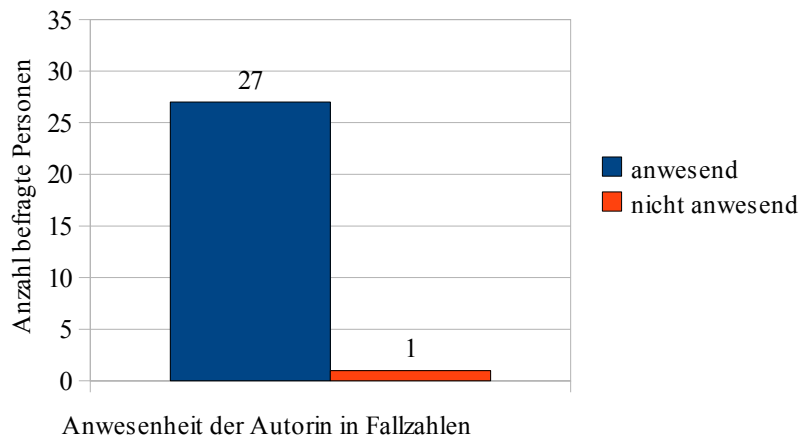
(Abb. 4: Geschlechterverteilung der Probanden, eigene Darstellung)

Altersstruktur der Probanden



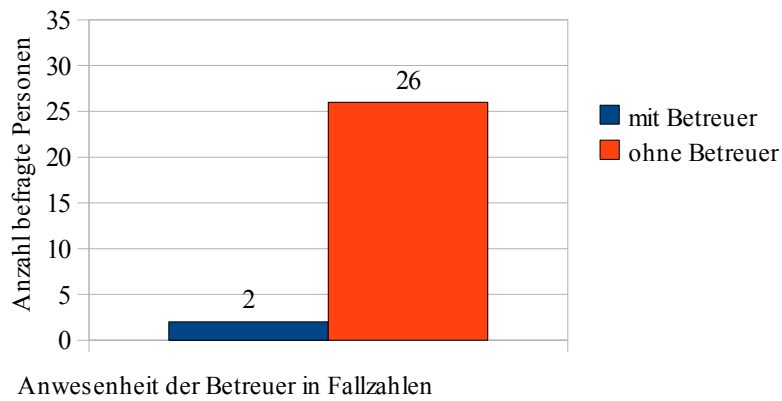
(Abb. 5: Altersstruktur der Probanden, eigene Darstellung)

Anwesenheit der Autorin während der Befragung



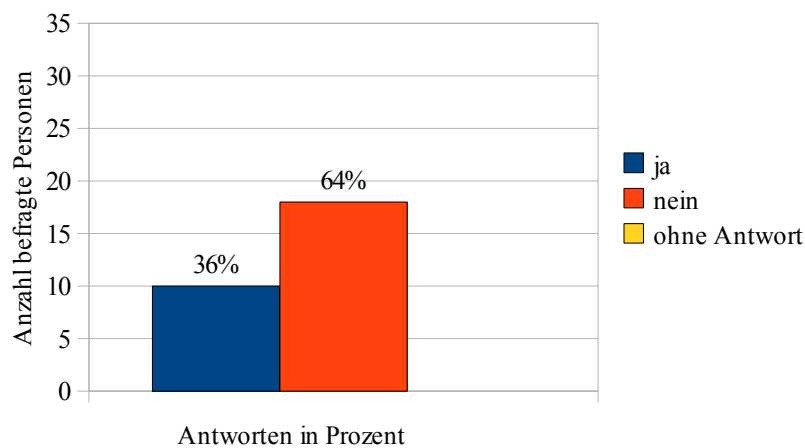
(Abb. 6: Anwesenheit der Autorin während der Befragung, eigene Darstellung)

Anwesenheit eines Betreuer aus der Einrichtung während der Befragung



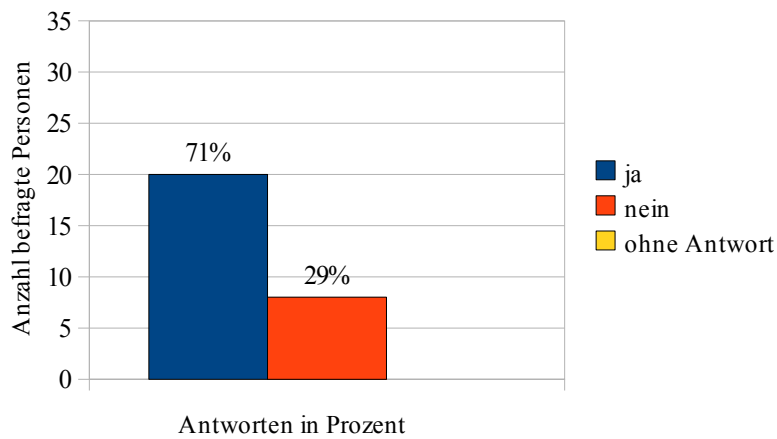
(Abb. 7: Anwesenheit eines Betreuers aus der Einrichtung während der Befragung, eigene Darstellung)

1. Die Wohnform soll ein Wohnheim sein.



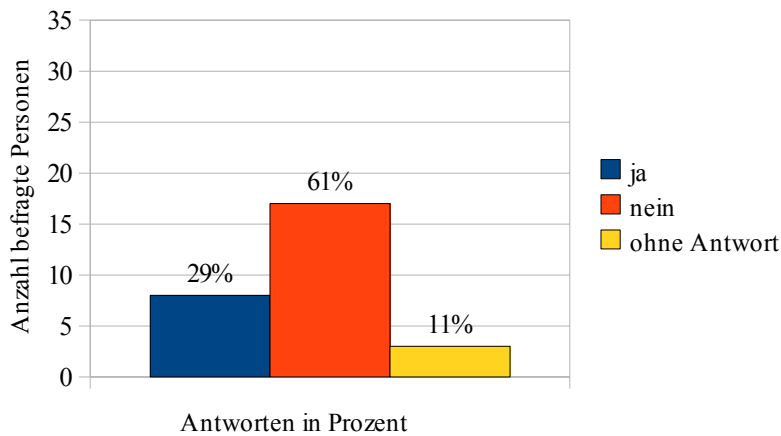
(Abb. 8: Auswertung Item 1, eigene Darstellung)

2. Die Wohnform soll eine Wohngemeinschaft (WG) sein.



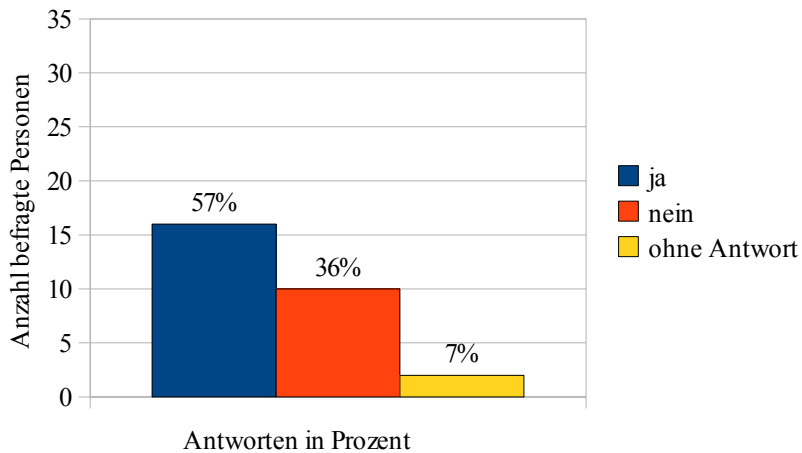
(Abb. 9: Auswertung Item 2, eigene Darstellung)

3. Die Wohnform soll groß sein, mit vielen Leuten.



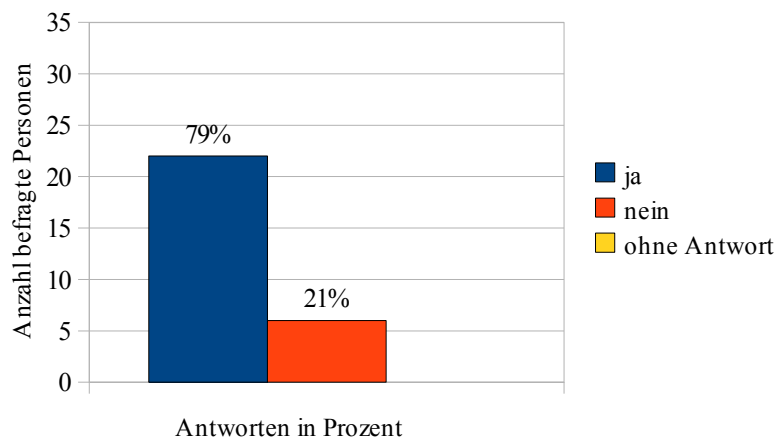
(Abb. 10: Auswertung Item 3, eigene Darstellung)

4. Die Wohnform soll klein sein, mit wenigen Leuten.



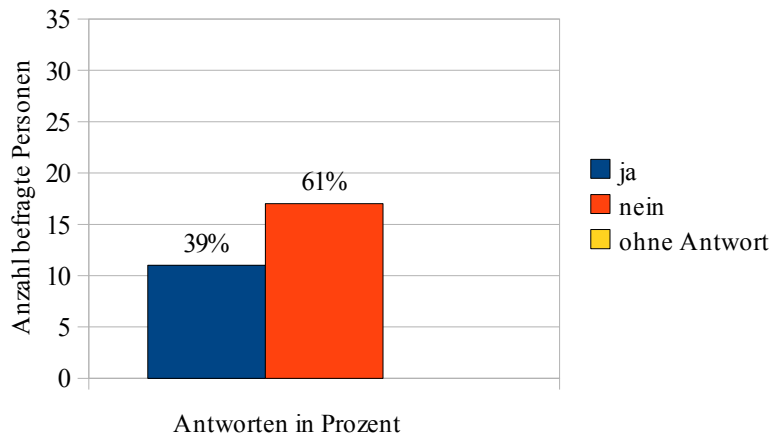
(Abb. 11: Auswertung Item 4, eigene Darstellung)

5. Die Wohnform soll familiär sein.



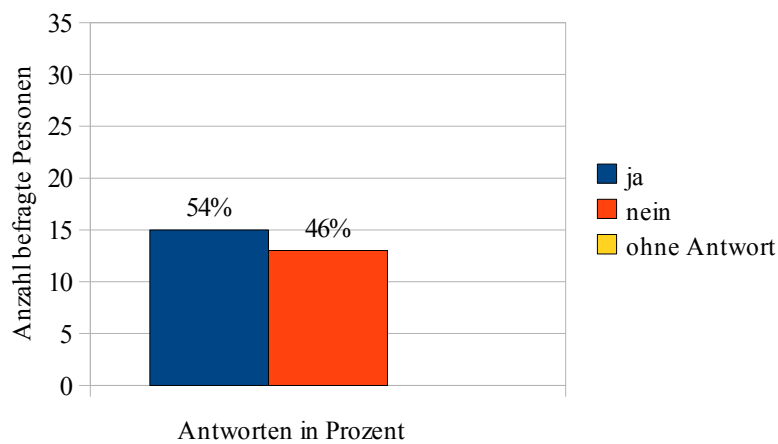
(Abb. 12: Auswertung Item 5, eigene Darstellung)

6. Die Wohnform soll am Stadtrand liegen.



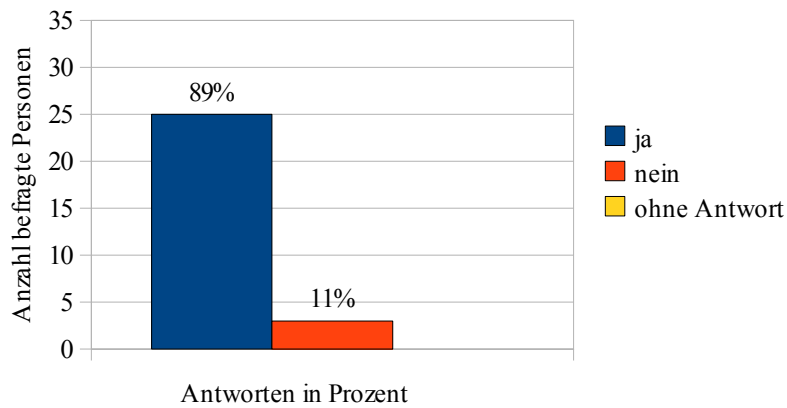
(Abb. 13: Auswertung Item 6, eigene Darstellung)

7. Die Wohnform soll innerhalb der Stadt liegen.



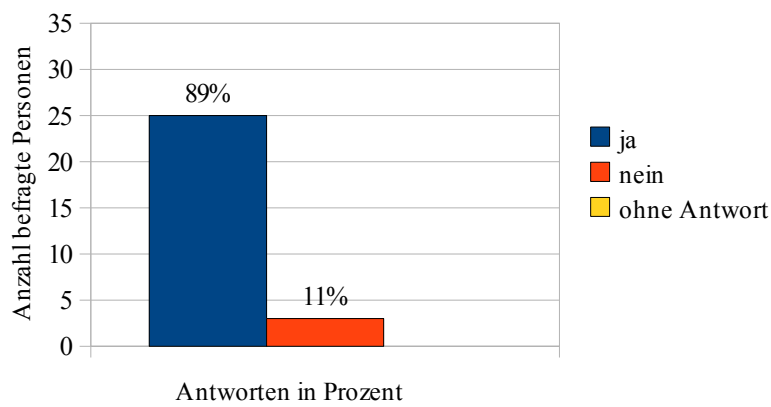
(Abb. 14: Auswertung Item 7, eigene Darstellung)

8. Es soll Training zur Verbesserung der Selbstständigkeit geben.



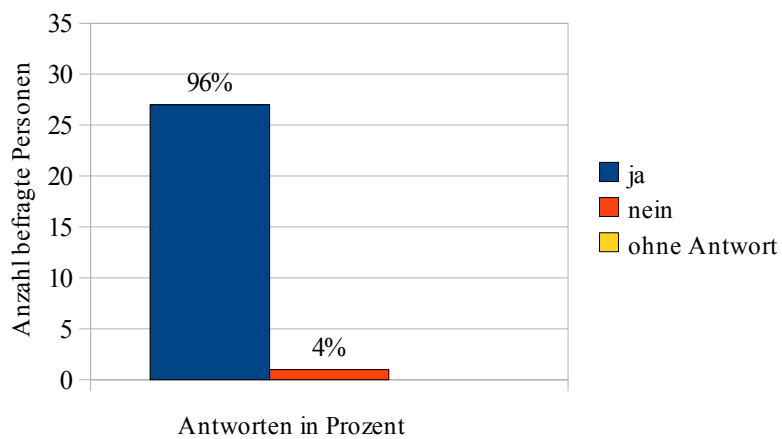
(Abb. 15: Auswertung Item 8, eigene Darstellung)

9. Es soll Training zum Führen eines eigenen Haushaltes geben.



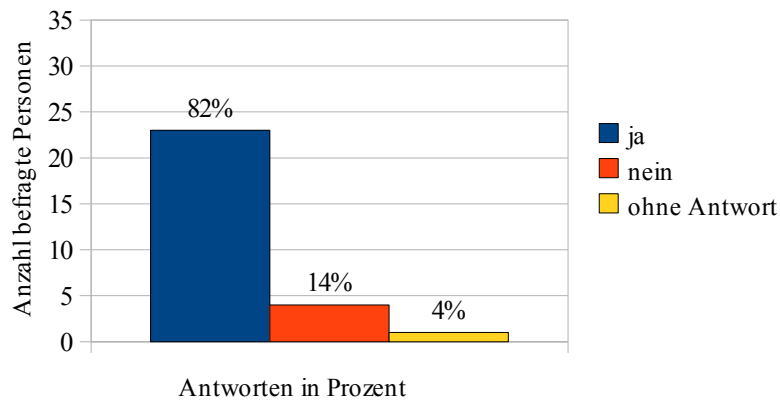
(Abb. 16: Auswertung Item 9, eigene Darstellung)

10. Es soll verschiedene Arbeitsangebote geben.



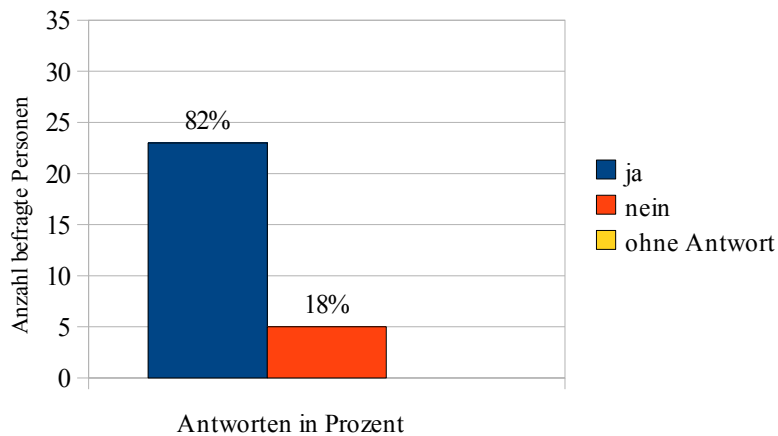
(Abb. 17: Auswertung Item 10, eigene Darstellung)

11. Es soll Möglichkeiten geben, selbstständig Aufgaben zu übernehmen.



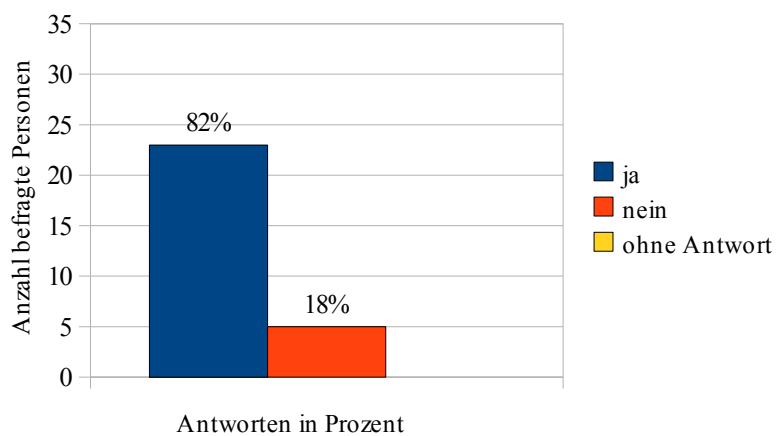
(Abb. 18: Auswertung Item 11, eigene Darstellung)

12. Es soll Haustiere geben.



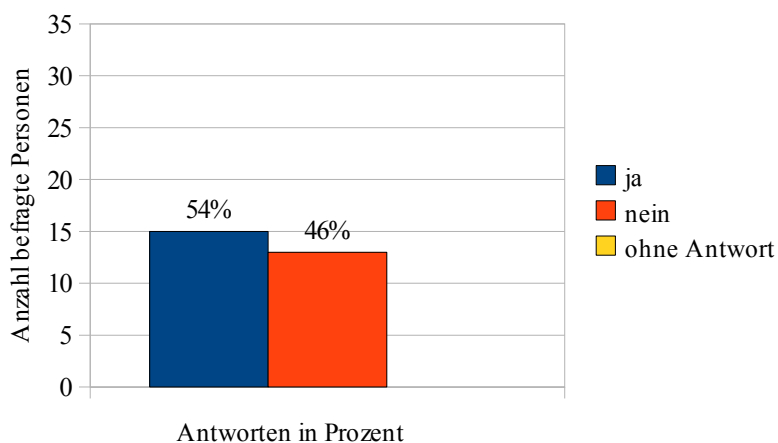
(Abb. 19: Auswertung Item 12, eigene Darstellung)

13. Es soll Sportangebote geben.



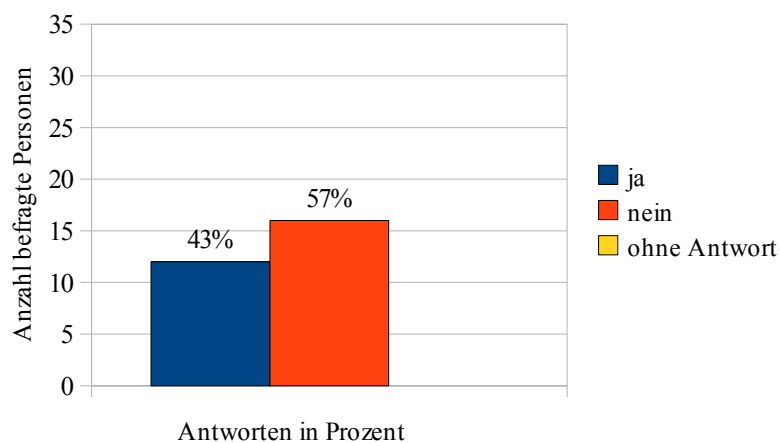
(Abb. 20: Auswertung Item 13, eigene Darstellung)

14. Es soll Therapieangebote mit Tieren geben.



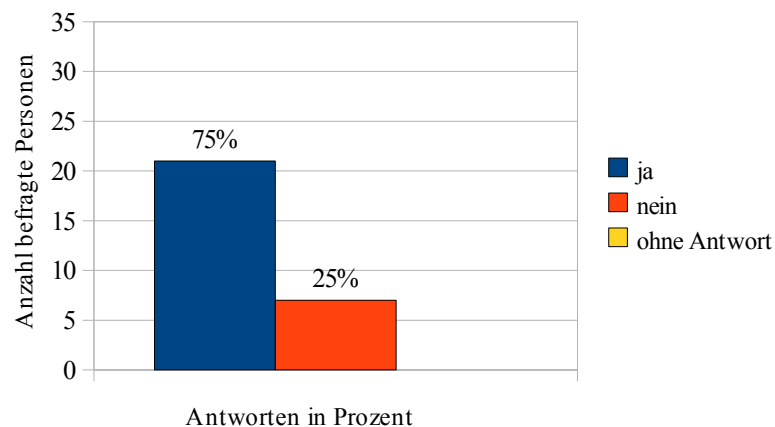
(Abb. 21: Auswertung Item 14, eigene Darstellung)

15. Es soll Musiktherapie geben.



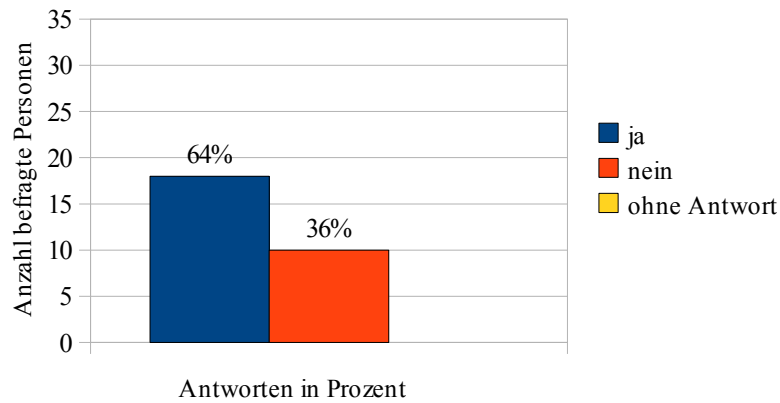
(Abb. 22: Auswertung Item 15, eigenen Darstellung)

16. Ich will lernen, besser mit meiner Erkrankung umzugehen.



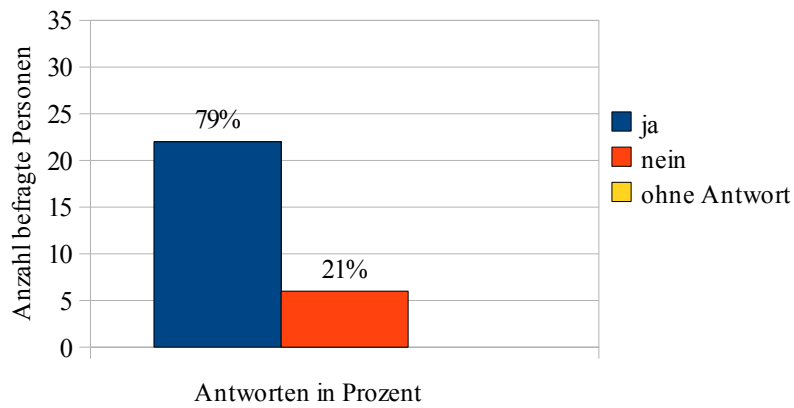
(Abb. 23: Auswertung Item 16, eigene Darstellung)

17. Es soll mit der eigenen Familie zusammen gearbeitet werden.



(Abb. 24: Auswertung Item 17, eigene Darstellung)

18. Es soll mit dem eigenen Arzt oder Psychologen zusammen gearbeitet werden.



(Abb. 25: Auswertung Item 18, eigene Darstellung)

6. 3 Mitwirkungsrechte des Werkstatttrats gemäß § 5 WMVO

(1) Der Werkstatttrat hat in folgenden Angelegenheiten der Werkstattbeschäftigten mitzuwirken:

1. Fragen der Ordnung im Arbeitsbereich der Werkstatt und des Verhaltens der Werkstattbeschäftigten einschließlich der Aufstellung und Änderung einer sogenannten Werkstattordnung zu diesen Fragen;

2. Beginn und Ende der täglichen Beschäftigungszeit einschließlich der Erholungspausen und Zeiten der Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erhöhung der Leistungsfähigkeit und zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit des Werkstattbeschäftigten, Verteilung der Arbeitszeit auf die einzelnen Wochentage und die damit zusammenhängende Regelung des Fahrdienstes, vorübergehende Verkürzung oder Verlängerung der üblichen Beschäftigungszeit;

3. a) Darstellung und Verwendung des Arbeitsergebnisses, insbesondere Höhe der Grund- und der Steigerungsbeträge, unter Darlegung der dafür maßgeblichen wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse;

b) Fragen der Gestaltung der Arbeitsentgelte, insbesondere die Aufstellung von Entlohnungsgrundsätzen und die Einführung und Anwendung von neuen Entlohnungsmethoden sowie deren Änderung, Festsetzung der Grund- und der Steigerungsbeträge und vergleichbarer leistungsbezogener Entgelte, Zeit, Ort und Art der Auszahlung der Arbeitsentgelte sowie Gestaltung der Arbeitsentgeltbescheinigungen;

4. Aufstellung allgemeiner Urlaubsgrundsätze und des Urlaubsplans sowie die Festsetzung der zeitlichen Lage des Urlaubs für einzelne Werkstattbeschäftigte, wenn zwischen der Werkstatt und den beteiligten Werkstattbeschäftigten kein Einverständnis erzielt wird;

5. Einführung und Anwendung von technischen Einrichtungen, die dazu bestimmt sind, das Verhalten oder die Leistung der Werkstattbeschäftigten zu überwachen;

6. Regelungen über die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie über den Gesundheitsschutz im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften oder der Unfallverhütungsvorschriften;

7. Fragen der Fort- und Weiterbildung einschließlich der Maßnahmen zur Erhaltung und Erhöhung der Leistungsfähigkeit und zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit sowie zur Förderung des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt;

8. Fragen der Verpflegung;

9. Planung von Neu-, Um- und Erweiterungsbauten sowie von neuen technischen Anlagen, Einschränkung, Stilllegung und Verlegung der Werkstatt oder wesentlicher Teile der Werkstatt, grundlegende Änderungen der Werkstattorganisation und des Werkstattzwecks;

10. Gestaltung von Arbeitsplätzen, Arbeitsablauf und Arbeitsumgebung sowie von Sanitär- und Aufenthaltsräumen, Einführung von neuen technischen Arbeitsverfahren;

11. Mitgestaltung sozialer Aktivitäten für die Werkstattbeschäftigten.

(2) Soweit Angelegenheiten im Sinne des Absatzes 1 nur einheitlich für Arbeitnehmer und Werkstattbeschäftigte geregelt werden können und soweit sie Gegenstand einer Vereinbarung mit dem Betriebs- oder Personalrat oder einer sonstigen Mitarbeitervertretung sind oder sein sollen, haben die Beteiligten auf eine einvernehmliche Regelung hinzuwirken. Die ergänzende Vereinbarung besonderer behindertenspezifischer Regelungen zwischen Werkstatttrat und Werkstatt bleibt unberührt.

(3) Die Werkstatt hat den Werkstattrat in den Angelegenheiten, in denen er ein Mitwirkungsrecht hat, rechtzeitig, umfassend und in angemessener Weise zu unterrichten und ihn vor Durchführung einer Maßnahme anzuhören. Beide Seiten haben darauf hinzuwirken, dass Einvernehmen erreicht wird. Lässt sich Einvernehmen nicht herstellen, so kann jede Seite die Vermittlungsstelle anrufen.

(4) Weitergehende, einvernehmlich vereinbarte Formen der Beteiligung in den Angelegenheiten des Absatzes 1 bleiben unberührt.

7 Literaturverzeichnis

Antor, G./ Bleidick, U. (Hrsg.) (2006): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Assmann, T. (2009) Neue Messverfahren zur Erfassung der Kundenzufriedenheit in der ambulante Behindertenhilfe. Eine exemplarische Betrachtung. Augsburg: Ziel- Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen GmbH.

Berk, L. E. (2005): Entwicklungspsychologie. 3., aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium.

Bondy, B. (2008): Was ist Schizophrenie?. Ursachen, Verlauf, Behandlung. 4. Auflage. München: Verlag C. H. Beck oHG.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. (2010): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen.
http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Psych.pdf, verfügbar am 23.05.2012 um 15:34 Uhr.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Internet (2011). Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: ohne Verlag.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information(DIMDI)/ DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).
http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf, verfügbar am 23.05.2012 um 15:00 Uhr.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit/ Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) (2011): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification Version 2012.
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2012/index.htm>, verfügbar am 23.05.2012 um 16:39 Uhr.

Dreher, E. (2005): Konzept „Entwicklungsaufgabe“ Robert J. Havighurst.
<http://www.unet.univie.ac.at/~a0401627/Havighurst.pdf>, verfügbar am 23.05.2012 um 15:12 Uhr.

Dreher, E. (2006): Entwicklungsaufgaben in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter.
http://www.praevention.at/upload/documentbox/Eva_Dreher-Jugend-Praevention06.pdf, verfügbar am 23.05.2012 um 16:07 Uhr.

Dreher, E. & Dreher, M. (1996): Fragebogen zu Entwicklungsaufgaben. 5. veränderte Fassung. München: ohne Verlag.

Glasenapp, J. (2010): Deinstitutionalisieren im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit. Eine explorative Untersuchung zu den differenzierten Auswirkungen eines Deinstitutionalisierungsprozesses in der Behindertenhilfe auf die Menschen, die in der Institution leben und arbeiten. Münster: ohne Verlag.

Hedderich, I. (2006): Einführung in die Körperbehindertenpädagogik. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Hensen, G.(2008):Gesundheitsbezogene Einflüssen im Sozialisationsprozess und riskante Identitäten. In: Hensen, G./ Hensen, P. (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Jäckel, D./ Hoffmann, H./ Weig, W. (Hrsg.) (2010): Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Kulig, W. (2006): Quantitative Erfassung des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung. Online-Hochschulschriften der Universität Halle-Wittenberg.
<http://sundoc.bibliothek.uni-halle.de/diss-online/06/07H054/prom.pdf>, verfügbar am 23.05.2012 um 13:59 Uhr.

Krampen, G./ Reichle, B. (2008): Entwicklungsaufgaben im frühen Erwachsenenalter. In: Oerter, R./ Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Lebenshilfe e. V. RV Oschatz (2012): Leitbild.
http://lebenshilfe-oschatz.de/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=6, verfügbar am 13.04.2012 um 10:54 Uhr.

Maerklin, S. (2012): Informationen und Hilfe bei Schizophrenie. Ursachen und Symptome Schizophrenie. Psychomotorische Störungen.
<http://schizophrenie.org/schizophrenie.htm>, verfügbar am 02.06.2012 um 19:46 Uhr.

Metzler, H./ Wacker, E. (2005): Behinderung. In: Otto, H.-U./ Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Neumärker, K.-J. (1999): Schizophrene Psychosen. In: Palitzsch, D., (Hrsg.): Jugendmedizin. München: Urban & Fischer.

Oerter, R./ Dreher, E. (2008): Jugendalter. In: Oerter, R./ Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Rahn, E./ Mahnkopf, A. (1999): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH.

Rentsch, H. P./ Bucher, P. O. (2006): ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. 2. Auflage herausgegeben von Jürgen Tesak. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Schlummer, W. (2011): Empowerment- Grundlage für erfolgreiche Mitwirkung und Teilhabe. In: Kulig, W./ Schirbort, K./ Schubert, M. (Hrsg.): Empowerment behinderter Menschen. Theorien, Konzepte, Best-Practise. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Schuntermann, M. F. (2007): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 2. überarbeitete Auflage. Landsberg/ Lech: Ecomed Medizin.

Stark, W. (1993): Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. Jahrgang 2 Jahr 1993, S. 41 bis 45.

Steinberg, L. (2005): Adolescence. 7th edition. New York: McGrawHill.

Steinhausen, H.-C. (2010): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 7. Auflage. München: Elsevier GmbH.

Theunissen, G./ Plaute, W. (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg: ohne Verlag.

Trenczek, T./ Tammen, B./ Behlert, W. (2008): Grundzüge des Rechts. Studienbuch für soziale Berufe. 2 Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Wüllenweber, E. (2011): Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen- eine entpathologisierende Sicht aus dem Empowermentparadigma. Ein Essay. In: Kulig, W./ Schirbort, K./ Schubert, M. (Hrsg.): Empowerment behinderter Menschen. Theorien, Konzepte, Best-Practise. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Gesetzestexte

Achtes Buch Sozialgesetzbuch - Kinder und Jugendhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3134), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975) geändert worden ist.

http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_8/gesamt.pdf, verfügbar am 23.05.2012.

Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 30 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.

http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/_appro_2002/gesamt.pdf, verfügbar am 02.04.2012 um 15:00 Uhr.

Heimgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. November 2001 (BGBl. I S. 2970), das zuletzt durch Artikel 3 Satz 2 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) geändert worden ist.

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/heimg/gesamt.pdf>, verfügbar am 23.05.2012

Heimpersonalverordnung vom 19. Juli 1993 (BGBl. I S. 1205), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Juni 1998 (BGBl. I S. 1506) geändert worden ist.

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/heimpersv/gesamt.pdf>, verfügbar am 23.05.2012 um 17:58 Uhr.

Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046), das zuletzt durch Artikel 13 Absatz 26 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist.

http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_9/gesamt.pdf, verfügbar am 23.05.2012 um 17:44 Uhr.

Tarifvertragsgesetz (TVG) vom 25. August 1969 (BGBl. I S. 1323), das zuletzt durch Artikel 88 des Gesetzes vom 8. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1864) geändert worden ist.

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tvg/gesamt.pdf>, verfügbar am 28.03.2012.

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) vom 13.12.2006. Resolution 61/106 der Generalversammlung der UNO. In Kraft getreten am 03.05.2008.

http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_de.pdf, verfügbar am 23.05.2012 um 17:14 Uhr.

Werkstätten-Mitwirkungsverordnung in der Fassung vom 25. Juni 2001 (BGBl. I S. 1297).

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/wmvo/gesamt.pdf>, verfügbar am 23.05.2012 um 14:54 Uhr.

Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), das zuletzt durch Artikel 13 Absatz 28 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist.

http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_12/gesamt.pdf, verfügbar am 23.05.2012 um 17:40 Uhr.

8 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, vorliegende Arbeit selbstständig und nur mit Hilfe der angegeben Quellen angefertigt zu haben. Wörtlich oder inhaltlich übernommene Quellen habe ich als solche kenntlich gemacht.

Oschatz, den 11. Juni 2012

.....

(Kristin Oldenburg)